

Ruth LÓPEZ DE DICASTILLO LASHERAS

EL TDAH EN EDUCACIÓN PRIMARIA / *AFNH-A LEHEN EZKUNTZAN*

TFG/*GBL* 2013

Grado en Maestro en Educación Primaria
Lehen Hezkuntzako Irakasleen Gradua

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

***EL TDAH EN EDUCACIÓN PRIMARIA /
AFNH-A LEHEN EZKUNTZAN***

Ruth LÓPEZ DE DICASTILLO LASHERAS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA

Estudiante / Ikaslea

Ruth LÓPEZ DE DICASTILLO LASHERAS

Título / Izenburua

El TDAH en Educación Primaria/ AFNH-a Lehen Ezkuntzan

Grado / Gradu

Grado en Maestro en Educación Primaria / Lehen Hezkuntzako Irakasleen Gradua

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

Maria Jesus ALVAREZ URRICELQUI

Departamento / Saila

Psicología y Psicología / Psikologia eta Pedagogia

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2012/2013

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

Preámbulo

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, modificado por el Real Decreto 861/2010, establece en el Capítulo III, dedicado a las enseñanzas oficiales de Grado, que “estas enseñanzas concluirán con la elaboración y defensa de un Trabajo Fin de Grado [...] El Trabajo Fin de Grado tendrá entre 6 y 30 créditos, deberá realizarse en la fase final del plan de estudios y estar orientado a la evaluación de competencias asociadas al título”.

El Grado en Maestro en Educación Primaria por la Universidad Pública de Navarra tiene una extensión de 12 ECTS, según la memoria del título verificada por la ANECA. El título está regido por la *Orden ECI/3857/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Primaria*; con la aplicación, con carácter subsidiario, del reglamento de Trabajos Fin de Grado, aprobado por el Consejo de Gobierno de la Universidad el 12 de marzo de 2013.

Todos los planes de estudios de Maestro en Educación Primaria se estructuran, según la Orden ECI/3857/2007, en tres grandes módulos: uno, *de formación básica*, donde se desarrollan los contenidos socio-psico-pedagógicos; otro, *didáctico y disciplinar*, que recoge los contenidos de las disciplinas y su didáctica; y, por último, *Practicum*, donde se describen las competencias que tendrán que adquirir los estudiantes del Grado en las prácticas escolares. En este último módulo, se enmarca el Trabajo Fin de Grado, que debe reflejar la formación adquirida a lo largo de todas las enseñanzas. Finalmente, dado que la Orden ECI/3857/2007 no concreta la distribución de los 240 ECTS necesarios para la obtención del Grado, las universidades tienen la facultad de determinar un número de créditos, estableciendo, en general, asignaturas de carácter optativo.

Así, en cumplimiento de la Orden ECI/3857/2007, es requisito necesario que en el Trabajo Fin de Grado el estudiante demuestre competencias relativas a los módulos de formación básica, didáctico-disciplinar y Practicum, exigidas para todos los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Primaria.

En este trabajo, el módulo *de formación básica* nos ha permitido conocer cuáles son las características de los niños entre 6 y 12 años, lo que ha supuesto una base para profundizar en el trastorno (TDAH) y en las características que tiene el alumnado que lo sufre. Así mismo, nos ha permitido conocer los objetivos de la educación, así como la especial relevancia de la interconexión entre profesionales docentes y las familias.

El módulo *didáctico y disciplinar* se ve reflejado a lo largo de todo el trabajo, especialmente en algunos apartados, donde se trata la respuesta educativa que se da al alumnado con TDAH, así como los diferentes tratamientos multidisciplinarios con los que se puede trabajar con estos niños y estas niñas, donde tienen especial importancia los tutores y los especialistas (PT, logopedas, orientadores...).

Asimismo, el módulo *Practicum* nos ha permitido acercarnos a casos reales de alumnado con TDAH y la respuesta educativa que reciben, pudiendo valorar desde los conocimientos teóricos si los tratamientos que se están ofreciendo son los más adecuados o no y si podrían hacerse sugerencias de mejora.

Por último, el módulo *optativo*, en el que se ha realizado la Mención en la Lengua Inglesa, nos ha ayudado conocer los problemas de los niños con TDAH con los idiomas. (en principio, pueden tener más problemas con la escritura y la lectura que con el manejo oral de la lengua, no por su capacidad, sino por sus dificultades de aprendizaje asociadas al trastorno).

Resumen

El TDAH (Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad) es el trastorno crónico conductual neurobiológico más común en la infancia (afecta al 3-7% de la población escolar) que comienza a revelarse antes de los 7 años, manifestándose de forma particular hasta la adolescencia. La persona que presenta este trastorno tiene escasa capacidad para permanecer atenta a un determinado estímulo, lo que le ocasiona deficiencias en el proceso de aprendizaje. En este documento, vamos a exponer más detenidamente qué es el TDAH, cuáles son sus causas, sus síntomas, cómo se detecta y cuáles son sus signos de alerta y cuál es la respuesta educativa que se ofrece al alumnado con este trastorno, centrándonos en la etapa de Educación Primaria (6-12 años). Además, se recoge la legislación vigente que ampara a estas personas. Finalmente, se estudian y comparan dos casos de alumnado con TDAH y se proponen algunas pautas de intervención, tanto en el ámbito escolar como familiar.

Palabras clave: TDAH; trastorno conductual neurobiológico; Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE); Tratamiento Multimodal, respuesta educativa.

Abstract

ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) is the most common behavioral chronic neurobiological disorder in childhood (affecting 3-7% of the school population). This disorder begins to come out before the 7 years old, and is particularly shown up until the adolescence. The person suffering this disorder has scarce ability to remain attentive to a stimulus, thus causing gaps in the learning process. In this document, more details about what ADHD is will be explained: its causes, its symptoms, how it is detected and diagnosed and which is the educational answer offered to students with this disorder, all focused on Primary Education (6-12 years). In addition, the valid legislation that protects these people is presented. Finally, two cases of students with ADHD are studied and compared, and some guidelines for the educational intervention, both for families and for schools, are suggested.

Keywords: ADHD, behavioral neurobiological disorder; Specific Support to Educational Needs, Multimodal Treatment, educational answer.

Laburpena

AFNH (Arreta Faltagatiko Nahastea, Hiperaktibitatearekin) haurtzaroko jokabide neurobiologiko iraunkorreko nahaste ohikoena da (ikasleriaren %3-7ek dute) haurra 7 urte bete baino lehen agertzen da, modu partikularrean nerabezarora arte. Nahaste hau duen pertsonak estimulu baten aurrean arreta emateko zailtasunak ditu eta horrek ikasketa prozesuan urritasunak eragiten ditu. Dokumentu honetan ikusiko da AFN-Ha zer den, zeintzuk diren eragileak, sintomak, nola antzeman eta zeintzuk diren arreta zeinuak; eta zein den ikasle mota honi eskaintzen zaion hezkuntza erantzuna, bereziki Lehen Hezkuntza zikloan (6-12 urte bitartean). Gainera, pertsona hauek babesten duen legedia azalduko da. Bukatzeko, AFN-Ha duten bi haurren kasuak aurkezten eta alderatzen dira, eta bai eskola giroan, bai familia giroan, esku-hartzeko zenbait jarraibide proposatzen dira.

Hitz gakoak: AFNH; jokabide neurobiologiko nahastea; Behar Bereziko hezkuntza laguntzak; Tratamendu Multimodala; hezkuntza erantzuna.

Índice

Introducción	1
Antecedentes y objetivos	2
1. Marco teórico : fundamentación e implicaciones docentes	3
1.1. ¿Qué es el TDAH?	3
1.1.1. Definición y cuestiones principales	3
1.1.2. Subtipos de TDAH	5
1.1.3. Prevalencia del TDAH	6
1.2. Causas	7
1.2.1. Causas principales	7
1.2.2. ¿Por qué se lesiona o se altera el desarrollo del cerebro infantil?	8
1.3. Síntomas	9
1.3.1. Síntomas nucleares	9
1.3.2. Comorbilidad	12
1.3.3. Evolución de los síntomas a lo largo de la vida	19
1.4. Signos de alerta y diagnósticos	20
1.4.1. Detección	20
1.4.2. Diagnóstico	21
1.5. Respuesta educativa	26
1.5.1. Tratamiento multidisciplinar/multimodal	26
1.5.2. Tratamientos farmacológicos	28
1.5.3. Tratamiento psicológico	31
1.5.4. Tratamiento psicopedagógico/psicoterapia	33
1.5.5. Otros tipos de tratamientos/ajustes	35
1.5.6. Pautas para la respuesta educativa	37
1.6. La práctica docente. La importancia de la figura del profesor para el alumnado con TDAH	43
1.7. Legislación de referencia	46
2. Parte empírica	51
2.1. Material y métodos	51
2.1.1. Objetivos y procedimiento	51
2.1.2. Participantes	52
2.1.3. Instrumentos	52
2.2. Resultados	52
2.2.1. Caso A	52
2.2.2. Caso B	54
2.3. Discusión y propuesta de intervención	55
2.3.1. Discusión	55
2.3.2. Propuesta de intervención	59
Conclusiones y cuestiones abiertas	63
Información de interés	65
Referencias	69
	73

Anexos

A. Anexo I	74
A. Anexo II	78
A. Anexo III	80
A. Anexo IV	82

INTRODUCCIÓN

El TDAH es un trastorno muy frecuente, sobre todo en edades tempranas. He tenido ocasión durante muchos años de vivir de cerca casos de compañeros de estudios y amigos afectados por este trastorno. En cuanto a mi experiencia profesional, he tenido ocasión de trabajar con alumnado de estas características a lo largo de los diferentes períodos de prácticas, donde he podido actuar de un modo más adecuado, gracias a las aportaciones teóricas recibidas a lo largo del Grado de Maestra.

Se trata de un trastorno crónico conductual neurobiológico que es muy frecuente; de hecho es el trastorno más común en la infancia. Al tratarse de una afección tan habitual, es importante que el profesorado, como parte esencial del proceso de enseñanza-aprendizaje del alumnado, conozca bien en qué consiste, para poder, en consecuencia, actuar y emitir una respuesta educativa adecuada.

Al plantearme el desarrollo del Trabajo de Fin de Grado, consideré que era un buen momento para aprovechar este trabajo como otro complemento cognitivo para mi formación profesional, puesto que esta afección se ve reflejada en al menos un alumno por cada aula y cuanto más conocedores seamos los docentes de las características de nuestro alumnado, mejor podremos atender a sus necesidades.

Este trabajo permite profundizar en qué es el TDAH, cuáles son sus causas, así como sus signos de alerta, donde existen tres características nucleares, además de otros trastornos y/o dificultades que suelen ir asociadas, y cómo se diagnostica. A partir de ello, se expone cuál es la respuesta educativa que se ofrece a este alumnado en la etapa de Educación Primaria, amparada en la legislación vigente, que convierte esa respuesta educativa en un derecho. A lo largo de las distintas secciones, así como en otra específicamente, se hace referencia a la importancia de la figura del profesor en el desarrollo del alumnado con TDAH. Por último, se estudian dos casos de alumnado diagnosticado con TDAH, y seguidamente, a partir de los resultados obtenidos, se sugieren diferentes propuestas de intervención.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

- **Antecedentes**

El TDAH está recogido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), como un *trastorno de comportamiento*. Se estima que afecta aproximadamente al 3-7% de la población en edad escolar. Es decir, aproximadamente por cada clase de 25 alumnos y alumnas, al menos uno padece TDAH. Dicha estimación coincide con la realidad que he encontrado en las aulas en las prácticas desarrolladas a lo largo del Grado de Maestra.

Esta afección, que como ya se ha comentado, es la más frecuente en la infancia, va a ser una realidad en nuestras futuras aulas, lo que me ha llevado a profundizar más en el tema. Es decir, si es tan probable que esta afección la presente alguno de mis futuros alumnos, es un buen momento para conocer más sobre ella y poder estar mejor preparada. Así, con un conocimiento más profundo sobre un determinado déficit, se podrá atender de una manera más adecuada.

- **Objetivos**

El objetivo es profundizar en los aspectos centrales del TDAH en la etapa de Educación Primaria, valorando las diferencias que se puedan encontrar en base a variables por variables como la edad, el género o el tipo de entorno familiar. También podrá constatarse cómo los tratamientos y pautas para la respuesta educativa adecuada varían dependiendo de cada caso.

Finalmente, se pretende estudiar y comparar casos reales de alumnos diagnosticados de TDAH. El objetivo de esta observación es analizar la situación en el ámbito escolar así como en el ámbito familiar, observando la intervención educativa que se lleva a cabo en cada caso, y a partir de ello, aplicando la base teórica estudiada en el presente trabajo, elaborar propuestas de intervención.

1. MARCO TEÓRICO: FUNDAMENTACIÓN E IMPLICACIONES DOCENTES

1.1. ¿Qué es el TDAH?

1.1.1. Definición y cuestiones principales

Según la Orden Foral 65/2012 de 18 de junio, del Consejero de Educación, se entiende por trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (atiende a las siglas TDA-H) aquel trastorno que se inicia en la infancia, y que afecta nuclearmente a tres aspectos fundamentales: déficit de atención, hiperactividad o exceso de movimiento e impulsividad.

El TDAH está recogido en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales, 10ª versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association (APA), donde aparece enmarcado dentro de los “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”, considerado como un TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO. De acuerdo a estos documentos, *sólo podemos considerar que un niño tiene TDAH si se cumplen una serie de requisitos muy concreto*, los cuales se detallarán más adelante.

Estudios neuropsicológicos realizados por Barkley (1997) sugieren en el TDAH un mal funcionamiento del área frontal del cerebro, que interviene en la activación de conductas del individuo, la resistencia a la distracción y el desarrollo de la conciencia del tiempo, lo que nos ayuda a entender el trastorno. Estos estudios también sugieren que existe un mal funcionamiento de:

- El nucleus caudatus y el globus pallidus, que ayudan en la inhibición de respuestas automáticas facilitando la reflexión.
- El vermis cerebeloso, cuya función es, todavía hoy, desconocida, pero que probablemente se encuentre asociada a la regulación de la motivación.

De acuerdo a la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) este trastorno es biológico, de origen neurológico, y es provocado por un desequilibrio existente entre dos neurotransmisores cerebrales: la

noradrenalina y la dopamina, que afectan directamente a las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado. La psicóloga Elia Ruiz (2012), expone que ese desequilibrio bioquímico que se da **afecta** a las áreas que intervienen en la atención, el movimiento y el autocontrol. Cualquier problema en la regulación de la producción o de la captación de dichos transmisores cerebrales afecta a la velocidad de transmisión de la información. Aunque no se conoce a ciencia cierta la causa del problema, las últimas investigaciones afirman que concretamente se trata de una alteración en los mecanismos de reabsorción de esos neurotransmisores. (Mendoza, 2005).

La FEAADAH (s.f.) añade que es crónico y comienza a revelarse antes de los 7 años. Se estima que más del 80% de los niños continuarán presentando problemas en la adolescencia, y entre el 30-65%, en la edad adulta.

Volviendo al origen neurológico del trastorno, es importante precisar que los transmisores cerebrales o neurotransmisores son sustancias químicas que permiten que la información pase de una célula nerviosa a otra salvando el espacio que las separa (espacio sináptico). En el TDAH se piensa que existe un problema de sinapsis neuronal, concretamente en la reabsorción de la dopamina liberada para la conexión sináptica. La neurona libera la dopamina y estimula a la siguiente neurona, una vez que ésta ha sido estimulada, se reabsorbe el neurotransmisor y se vuelve a guardar en las vesículas neuronales para tener listo el neurotransmisor para el siguiente estímulo. En el déficit de atención, el mecanismo de reabsorción no funciona adecuadamente, de forma que la dopamina permanece liberada, estimulando y re-estimulando, pero también operando como un déficit de neurotransmisor para el siguiente estímulo, como si hubiera una sobre estimulación constante y a la vez un déficit de respuesta ante un nuevo estímulo. Esto no permite al individuo responder adecuadamente cuando lo desea. Se ha visto que si se inyecta exceso de dopamina a ratas de laboratorio, se les vuelve hiperactivas y se les dificulta o imposibilita el aprendizaje de nuevas tareas.

El TDAH también se caracteriza por una disfunción en los mecanismos de control ejecutivo. Esa disfunción se presenta de manera más frecuente y grave que en otros escolares de la misma edad que no presentan el trastorno, y puede afectar de manera

importante al funcionamiento académico, personal y social del niño desde su primera infancia (2 o 3 años de edad). Al tratarse de un trastorno, simplemente vamos a encontrar distintos grados en que las características afectan al individuo dificultando o haciendo imposible su adaptación al medio en el que se desenvuelve.

García y Magáz (2003) hacen hincapié en que *no se trata de una enfermedad*. El niño o niña con TDAH no tiene una lesión cerebral propiamente dicha, pero su trastorno sugiere un peor funcionamiento de la bioquímica cerebral (Orjales, 2009).

Quien padece TDAH se caracteriza por presentar indicadores consistentes y generalizados de dificultades para mantener la atención en cualquier actividad, lo que es más notorio en actividades que carecen de interés para ellos y menos patente, cuando están atendiendo a algo que les gusta o les interesa. Además, como hemos comentado, puede ir o no asociado a hiperactividad (lo que se traduce en aumento de la actividad motora, apareciendo desde muy temprano y con gran intensidad). Quien presente hiperactividad, desde que se despierta hasta que se duerme, siempre está haciendo algo.

Según Lavigne y Romero (2005), se manifiesta de forma particular en el período vital comprendido entre el nacimiento y la adolescencia y CREENA (2012) aporta que “en un alto porcentaje, los niños que presentan TDAH asocian otros trastornos” a lo que se le denomina *comorbilidad* (p.6). Se diferencia de la falta de atención normal en que los problemas que trae consigo el TDAH interfieren con gran intensidad en las vidas de las personas que lo padecen, y además, dichas personas sufren el deterioro de forma permanente, y no sólo de vez en cuando (Brown, 2007).

1.1.2. Subtipos de TDAH

Los subtipos de TDAH se determinan dependiendo de los síntomas predominantes que existan. Hay que destacar que no todos los niños con TDAH manifiestan los mismos síntomas ni en la misma intensidad (CREENA, 2012).

Existe un amplio consenso científico en considerar estos tres tipos de pacientes con déficit de atención (la información que a continuación se presenta es extraída fundamentalmente de las Guías FEAADAH (s.f.), de Mendoza (2005), de Ruiz (2012), así de legislación vigente.

1. *Inatento*. Predominan los síntomas de falta de atención y no está presente la hiperactividad. Por lo general, éste es el que se diagnostica más tardíamente y se presenta en 20% de los casos. Parece previsible que en la próxima edición del DSM-V, se realicen cambios en este subtipo, ya que su perfil es bien diferenciado del tipo hiperactivo. Barkley ha propuesto denominarlo Trastorno cognitivo de tempo lento (Ruiz, 2012).
2. *Hiperactivo-impulsivo* (predominan los síntomas de hiperactividad e impulsividad). En este caso no está tan marcada la inatención, pero la inquietud y la impulsividad son la causa principal de los problemas. Este tipo es el menos frecuente y se observa en menos de 10% de los casos.
3. *Combinado* (predominan síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención). Es el subtipo en donde se encuentran presentes los tres síntomas y el que se presenta con mayor frecuencia (de 60 a 70% de los casos).

1.1.3. Prevalencia del TDAH

Existe una incidencia del 4 ó 5 por 100 de la población infanto-juvenil, por lo que en una clase mixta con 25 niños habrá casi con seguridad al menos un niño con TDAH. Según Orjales (2009), estos primeros resultados de estudios epidemiológicos realizados en España, apuntan hacia una incidencia en edad escolar similar a los estudios americanos y alemanes (Wolraich y cols., 1996; Baumgaertel y cols., 1995):

- Para el TDAH subtipo “predominio déficit de atención”: del 4.7 por 100 en los estudios americanos frente al 9 por 100 en los alemanes.
- Para el TDAH subtipo “predominio hiperactividad/impulsividad”: el 3.4 por 100 en los estudios americanos y el 3.9 por 100 en los alemanes.
- Para el TDAH subtipo “combinado”: para los primeros un 4.4 por 100 y para los segundos un 4.8 por 100.

Según la FEAADAH (s.f.) *los niños son más propensos a sufrir TDAH que las niñas* en una proporción de cuatro a uno. Con ello, afirman que se trata de uno de los trastornos más importantes dentro de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, constituyendo cerca del 50% de su población clínica.

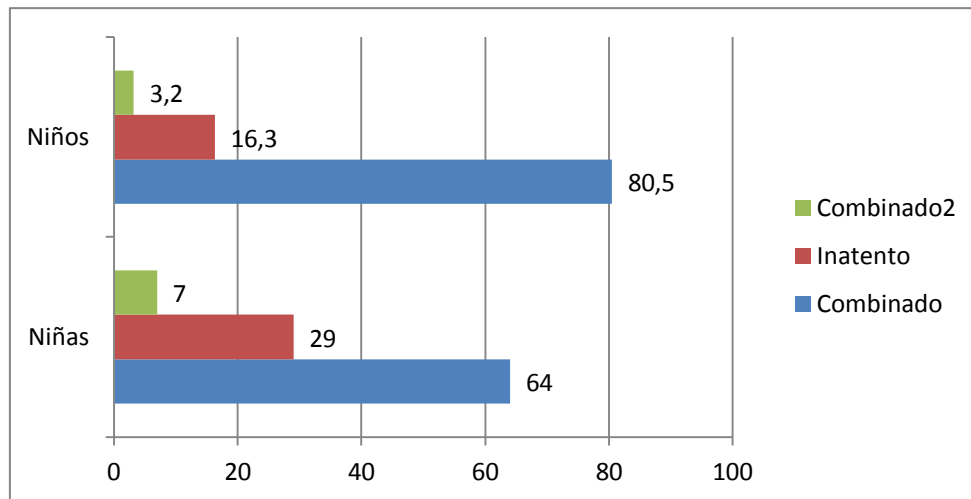


Figura 1. Frecuencia (%) de subtipos de TDAH según el sexo del paciente.

Fuente: Soutullo y Chiclana (2008).

1.2. Causas

1.2.1. Causas principales

De acuerdo a De la Gándara, García y Pozo de Castro (2006), las causas del TDAH son normalmente lesiones y alteraciones de los procesos cerebrales:

Ciertas alteraciones o lesiones que afecten al cerebro durante el desarrollo fetal, en el parto o en los primeros meses de vida; dan lugar a problemas en el desarrollo o maduración de ciertas áreas del cerebro, los cuales a su vez motivan retrasos o alteraciones en la adquisición o maduración de ciertas funciones psicológicas o neurológicas esenciales para la vida, tales como la atención, el control de los impulsos, o la capacidad para mantener la calma. Este déficit de maduración se manifiesta en síntomas patológicos, que toman la forma de conductas inapropiadas, inadaptadas o peligrosas, las cuales, por la propia naturaleza de las causas que las producen (lesiones o anomalías cerebrales), tienden a mantenerse de forma persistente y afectan a diversas áreas del comportamiento, lo que conlleva la aparición de problemas familiares, de aprendizaje y rendimiento académico, así como de relación o adaptación social (p.27).

En definitiva, a partir de lesiones mínimas y difíciles de detectar se producen alteraciones del funcionamiento cerebral que traen como consecuencia comportamientos inadaptados o anormales, lo que también toma el nombre de *etiopatogenia*. Orjales (2009) indica que no es un trastorno de origen emocional, sin embargo, las consecuencias emocionales que puede originar este trastorno en los chicos y chicas que lo padecen pueden empeorar los síntomas.

1.2.2. ¿Por qué se lesiona o se altera el desarrollo del cerebro infantil?

De la Gándara et al. (2006), exponen que *no existe una única causa* que explique por sí sola la aparición de este trastorno. Según los expertos hay una amplia variedad de causas, algunas de las cuales posiblemente interactúen entre sí, aunque con distinta importancia. Las principales propuestas son las siguientes:

- *Alteraciones de origen genético y hereditario* aproximadamente el 50 por ciento de los niños o adolescentes con TDAH heredan este patrón de conducta de algunos de sus antepasados. Se ha demostrado que la herencia genética es la principal predisponente; lo es en el 70% de los casos (Ruiz, 2012).
- *Problemas en el desarrollo fetal.*
- *Fármacos:* según expertos, el consumo de fármacos durante el embarazo afectaría el desarrollo del cerebro del feto.
- *Drogas:* si los padres consumen drogas se pueden producir alteraciones en el material genético, dando lugar a problemas en el futuro desarrollo cerebral.
- *Tóxicos:* la presencia de ciertas toxinas en la sangre materna durante el embarazo, especialmente el plomo, se ha relacionado con el riesgo de sufrir TDAH, además de otros problemas diversos.
- *Problemas durante la infancia:* Al nacer, el cerebro de un niño tiene prácticamente todas las neuronas que va a necesitar a lo largo de su vida, pero no tiene desarrolladas las conexiones entre ellas. A lo largo de la vida se irán estableciendo en función de la información que reciba al cerebro. Este desarrollo es complejo y muy sensible, y si se producen problemas, las consecuencias pueden ser permanentes. Especialmente crítico es el primer año de vida, pero el proceso de desarrollo de las conexiones cerebrales continúa hasta los diez años.

Diversos estudios ofrecen datos que por diversas razones, no están totalmente consolidados al no existir evidencias que apoyen las hipótesis planteadas, por lo que se trata de especulaciones. Con frecuencia solo sirven para justificar intervenciones o tratamientos poco fundamentados. Algunas de ellas se mencionan a continuación:

- *Problemas en el parto*: existen hipótesis que plantean que los problemas surgidos durante el parto, como una duración excesiva, el uso del fórceps o una posición anómala, que hacen sufrimiento al feto, pueden producir algunas lesiones cerebrales.
- *La contaminación ambiental*: la abundancia de tóxicos ambientales podría afectar al desarrollo y maduración del cerebro, dando lugar a problemas de aprendizaje y conducta. Existen sustancias que podrían bloquear los sistemas neuroendocrinos e interrumpir el desarrollo y la maduración cerebral.
- *La adopción*: Se ha especulado que tal vez los niños dejados en adopción tengan más problemas; o bien que, durante el embarazo, el parto o los primeros años de vida estos niños hayan sufrido más dificultades, enfermedades, problemas de nutrición... Sin embargo, la adopción no tiene por qué causar el trastorno.
- *Otros factores*: problemas auditivos y visuales, la edad de la madre en el momento del parto, orden de nacimiento y nivel educacional familiar.

1.3. Síntomas

1.3.1. Síntomas nucleares

Para complementar la información referida a los síntomas, es interesante observar la tabla anteriormente adjunta que muestra la frecuencia (%) por subtipos del TDAH.

Para aclarar cuáles son los síntomas, vamos a analizar de forma separada los tres bloques o conjuntos típicos del TDAH que recoge el DSM-IV-TR. Las fuentes principales de las que se extraen estos datos son De la Gándara et al. (2006), así como de diversas publicaciones de la FEAADAH.

1. *Déficit de atención*: dificultad para mantener la atención sobre una tarea.

Los niños con TDAH tienen problemas para prestar atención; pero sobre todo para mantenerla en una determinada actividad y perseverar en el esfuerzo de concentrarse en ella. Las personas con TDAH tienen problemas en los siguientes tipos de atención:

- a. Atención libre o flotante: es espontánea y se usa para las actividades generales, como hablar con alguien, ver la televisión o hacer tareas rutinarias.
- b. Atención voluntaria: va dirigida hacia una tarea o esfuerzo concreto, como escuchar a alguien con interés, estudiar o realizar un trabajo manual complejo. Ésta, a diferencia de la anterior, requiere de una capacidad de esfuerzo y control psíquico.

Aunque no se puede generalizar, los niños y niñas con TDAH suelen encontrar más dificultades al mantener la atención en una determinada actividad durante un prolongado periodo de tiempo. Rápidamente pierden el interés por las tareas iniciadas y cambian a otras con facilidad, generalmente antes de que la primera haya finalizado.

Al enfrentarse a una tarea, primero han de focalizar su atención y luego deben mantenerla, aumentando la dificultad en tareas poco interesantes, monótonas o repetitivas. El tiempo que sean capaces de mantener la atención se denomina *atención eficaz*, que varía en función de la motivación intrínseca que exista ante una determinada actividad o estímulo. Ante aquellas tareas que no les atraen, es frecuente que se muestren ausentes o se pongan a hacer otras cosas, como moverse continuamente, toquetear la mesa, girar los bolígrafos o manosear repetidamente objetos, lo que entorpece su propio desempeño escolar y puede molestar a sus compañeros. Además, no suelen prestar atención a los detalles, ni tampoco siguen las instrucciones u órdenes indicadas, cometiendo con facilidad errores por descuido. Suelen carecer de buena presentación y las tareas y distintos trabajos parecen estar realizados de forma descuidada y precipitada. La facilidad para distraerse es muy grande, aunque si algo suscita

en ellos mucho interés, como algún juego de ordenador, la televisión o el deporte, sí logran concentrarse.

Son descuidados y es frecuente que objetos poco relevantes para ellos, como el material escolar, estén estropeados, olvidados o perdidos. Además, esta falta de atención también provoca que no participen en las conversaciones de grupo, cambiando con facilidad el tema de las mismas y dando la impresión de que no escuchan o no entienden lo que se les está diciendo, por lo que en ocasiones pueden parecer excesivamente despistados o simplemente maleducados.

2. *Impulsividad*: conductas impulsivas, irreflexivas, no meditadas.

Las personas con TDAH son impulsivas y actúan sin previa meditación, razón por la que cometen muchos errores. De hecho, Brown (2001), afirma que los niños con TDAH, a causa de esta característica, cometen al restar seis veces más errores que los niños sin TDA. En definitiva, no son capaces de dirigir con orden su conducta y en consecuencia, sus impulsos son los que prevalecen; son frecuentes las dificultades para iniciar y mantener la acción en una situación determinada. Tienden a actuar sin haber reflexionado previamente sobre las posibles consecuencias de sus actos y a menudo, empiezan algo pero enseguida lo interrumpen, cambiando la actividad desarrollada por otra, de manera impulsiva, sin control.

La dificultad para controlar los impulsos se manifiesta tanto en acciones y conductas como en pensamientos, siendo éste uno de los síntomas que más rechazo y aislamiento les produce en el entorno escolar y social; como se ha comentado anteriormente, su actitud hace que se les etiquete como maleducados, exigentes o egoístas.

3. *Hiperactividad*: aumento de actividad motora, inquietud, desasosiego.

Es necesario diferenciar la hiperactividad de la actividad física excesiva, ya que esta última es frecuente en ciertos niños, sobre todo cuando son más pequeños y aún no pueden atender ni controlar su propia conducta o dirigir

voluntariamente su atención. Para comprobar si efectivamente se trata de hiperactividad, hemos de tener en cuenta las siguientes características:

- Es intensa y excesiva.
- No se adecua a las demandas del entorno.
- Se observa en diversos ambientes: en el aula, en la casa y en la calle.
- Ocasiona problemas para dirigir el comportamiento del niño.
- Conforme el niño se hace mayor, la intensidad disminuye.

A continuación incluimos un cuadro en el que Orjales (2009) recoge distintos casos de TDAH que se pueden encontrar en función de que la expresión de su sintomatología sea más leve o más grave (p.73):

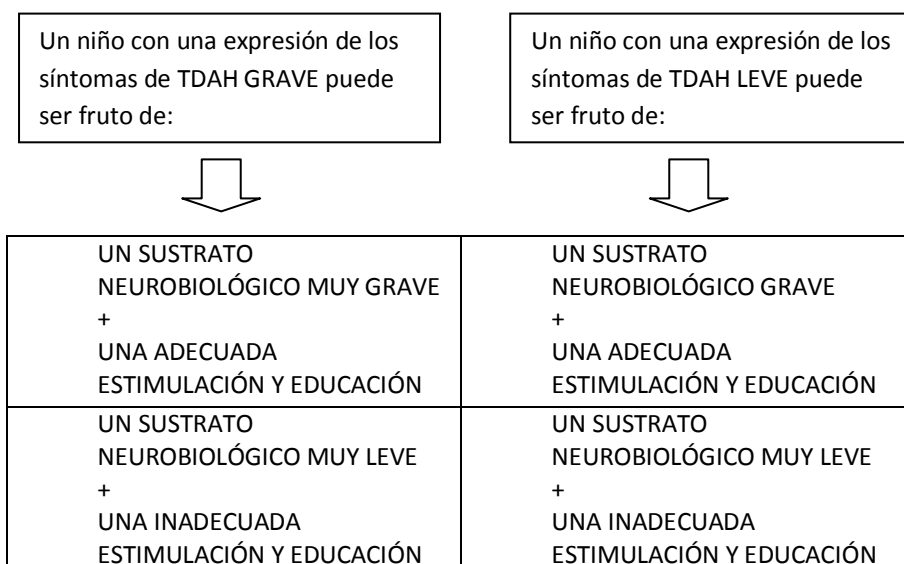


Figura 2. Aspectos que influyen en el desarrollo de una sintomatología de TDAH más o menos grave.

1.3.2. Comorbilidad

El TDAH además de sus síntomas nucleares, presenta otras problemáticas asociadas a él. Según Grupo de trabajo Guía Clínica TDAH (2010) (a partir de este momento GT Guía Clínica TDAH), la comorbilidad es la presentación en un individuo de dos o más enfermedades distintas”. Lavigne y Romero (2012), completan la definición al indicar que es “la concurrencia de dos o más trastornos independientes, en un mismo sujeto, en la misma época de la vida” (p.89).

Es raro encontrar formas puras del TDAH, es decir, no asociadas a otros trastornos. La razón de esta comorbilidad es bien sencilla: las causas cerebrales que producen el TDAH no son específicas o exclusivas, sino que pueden provocar otros problemas, tales como dificultades de aprendizaje, de adquisición de habilidades o bien de tipo emocional”. Es uno de los aspectos que está recibiendo más atención en los niños hiperactivos: la elevada asociación que se observa con otros trastornos (hasta un 75%) complica las situaciones, ya que influye en cómo se manifiestan los síntomas, en su evolución, en las decisiones terapéuticas y en la respuesta que obtienen del tratamiento.

(De la Gándara et al., 2006, p.76).

El TDAH se asocia frecuentemente con otros *trastornos psiquiátricos*. Algunas conductas anómalas y síntomas asociados al TDAH son (los pondría en puntitos): desorganización, falta de planificación a la hora de afrontar distintas tareas, gratificación inmediata (necesitan satisfacción inmediata y no son capaces de aplazarla; viven el momento y el presente sin prever el futuro), bajo rendimiento académico, dificultades en las relaciones sociales y complicaciones emocionales (es comprensible de algún modo que a causa de sus dificultades escolares, en sus relaciones sociales y de los mensajes que recibe de desaprobación y rechazo, acaben sufriendo problemas emocionales como nerviosismo, tristeza, pesimismo, agotamiento e irritabilidad, lo que puede acabar afectando a su autoestima y a su estado emocional).

Este trastorno está vinculado a otros hasta tal punto que los síntomas del TDAH muchas veces se confunden con otros trastornos neurológicos, biológicos y conductuales. Casi la mitad de los niños y las niñas con TDAH (en especial los varones) también tienden a padecer el trastorno *oposicional desafiante*. El trastorno de conducta aparece simultáneamente entre el 30 y el 50% de los niños con TDAH. Del 20 al 30% de los niños con TDAH evidencian trastornos afectivos, y el 25%, trastornos de ansiedad. A su vez, más de un 20% presentan problemas específicos del aprendizaje (en lectura, escritura, matemáticas) (FEAADAH). Existe además un vínculo entre el TDAH y el trastorno de tics o *síndrome de Tourette*, un trastorno neurobiológico que se

caracteriza por tics motores y vocales. Si bien sólo un pequeño porcentaje de las personas con TDAH tienen este síndrome, por lo menos el 70% de los que lo padecen también tiene TDAH.

Existen distintas dificultades asociadas al trastorno. Éstas son las más relevantes según diversas fuentes, entre las que destaca la guía CREENA (2012).

1. *Disfunción en los mecanismos de control ejecutivo, inhibición y autocontrol/Funcionamiento cognitivo:*

El sistema ejecutivo central es el sistema que actúa cuando no existe una solución conocida y debemos crear una posible alternativa (Tirapu; Muñoz, Pelegrin y Albeniz, 2005).

Barkley (1997) enfoca el TDAH como un trastorno en el desarrollo de la inhibición conductual, y ofrece una alternativa al modelo atencional, afirmando que presenta dificultad en el control ante estímulos; quien sufre TDAH no tiene autocontrol o autorregulación (se refieren a la capacidad que tiene una persona para poder frenar sus respuestas motoras y tal vez, también las emocionales y poder emitir otras más adecuadas). Así, ante un determinado estímulo, les resulta muy difícil proteger su pensamiento de otras distracciones.

Orjales (2000) aclara qué es lo que ocurre en este proceso. En el momento de inhibición conductual, el individuo debe, de forma simultánea, inhibir por un lado, la ejecución de una respuesta inmediata, y evitar por otro, los estímulos internos o externos que puedan interferir en dicho proceso (*resistencia de distracción*). Y a continuación, para tal fin, en esos momentos de demora de la respuesta, se pone en marcha lo que Barkley denomina las *funciones ejecutivas*, es decir, todas aquellas actividades mentales autodirigidas que ayudan al individuo resistir la distracción, fijarse unas metas nuevas más adecuadas que la respuesta inhibida inicial y dar los pasos necesarios para alcanzarlas. A partir de todo ello, expone que Barkley desarrolla en 1997 un modelo neuropsicológico del autocontrol y de las funciones ejecutivas llamado *Modelo Híbrido de las Funciones Ejecutivas*.

Barkley, en las conferencias TDAH en Cantabria (2012) recordó las cuatro capacidades ejecutivas que en estos niños están dañadas (de acuerdo al Modelo anteriormente citado). Vamos a complementar este Modelo con información extraída de Orjales (2000):

- *Memoria de Trabajo No verbal*: son las imágenes visuales del pasado que utilizamos en nuestra mente para guiarnos; es el mirar hacia atrás, “el ojo de la mente”. Ésta memoria “posibilita la retención de la información para su utilización una vez desaparecido el estímulo que la originó y que permite la percepción retrospectiva, la capacidad de previsión, la conciencia y dominio del tiempo, y la capacidad de imitación de un comportamiento nuevo y complejo a partir de la observación de otras personas”. (Orjales, 2000, p.75).
- *Memoria de Trabajo Verbal*: se trata de hablarnos a nosotros mismos en la mente, de “a voz de la mente”. Ésta memoria, o habla autodirigida o encubierta, permite regular de forma autónoma el comportamiento, seguir reglas e instrucciones, cuestionarse la resolución de un problema y construir “meta-reglas”.
- *Auto motivación*: o dicho de otro modo, manejo de emociones, “el corazón de la mente”. Esta capacidad ejecutiva, que incluye además del control de la motivación las emociones y el estado de alerta, nos permite entender y contener reacciones emocionales, alterarlas si nos distraen de nuestro objetivo final, o generar emociones o motivaciones nuevas (autorregulación de impulsos y emociones).
- *Resolución de problemas*: es desarrollo de posibles soluciones, “el terreno de juego de la mente”. Orjales (2000) prefiere llamar a esta función “el proceso de reconstitución”, añadiendo que consta de dos subprocesos distintos: la fragmentación de las conductas observadas y la recombinación de sus partes para el diseño de nuevas acciones. Afirma que su utilización nos permite la flexibilidad cognitiva necesarias para generar nuevos comportamientos y resolver problemas.

Es decir, quienes sufren TDAH tienen afectada la memoria de trabajo en su conjunto, por lo que no se pueden aprovechar plenamente de su capacidad para tener en mente la información mientras trabajan en una tarea cuando el estímulo ya no está presente (CREENA, 2012). También sufren un retraso en el desarrollo del lenguaje interno, que regula y dirige la acción, así como en la capacidad de análisis y síntesis, es decir, de fragmentar las conductas y combinarlas creando nuevas acciones que no han sido aprendidas de la experiencia.

Barkley añadió que el desarrollo evolutivo de estas funciones está alterado del siguiente modo: a los 3 años no se utilizan las imágenes, a los 5 años se desarrolla el sentido del tiempo y ellos no son capaces de controlarlo, con 7 años no pueden controlarse a sí mismos, con 9 no pueden auto motivarse y con 12 no pueden planificar.

2. *Desarrollo socio-emocional*

Quien sufre TDAH también puede presentar dificultades en su desarrollo socio-emocional, lo que incluye dificultades de adaptación y problemas de relación social: “estos alumnos suelen presentar déficits en la adquisición y en el desarrollo de las habilidades sociales y las competencias emocionales. Por ello, suelen tener dificultades en las relaciones interpersonales y su desarrollo emocional es más inmaduro que el de sus compañeros de la misma edad” (CREENA, 2012).

3. *Dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA)*

Siguiendo el análisis de Necesidades Educativas realizado por CREENA (2012), en los casos con TDAH, se ve afectado el sistema cognoscitivo de la persona, lo que interfiere de manera directa en su capacidad para aprender. En consecuencia, frecuentemente se le asocian problemas de aprendizaje o trastornos pedagógicos (Mendoza, 2005).

Asociados a los déficits de inhibición conductual, presenta déficits cognitivos; existen diferencias significativas en las habilidades cognitivas entre los escolares con TDAH y aquellos que no presentan este trastorno. Es decir, el

TDAH interfiere en el desarrollo de las habilidades cognitivas (Crespo, García, Montenegro, 2010, p.16) lo que explica la frecuencia de comorbilidad del TDAH con las dificultades específicas en el aprendizaje.

Los datos muestran que un 20-25% de los niños con TDAH tienden a presentar DEA de forma comórbida, por lo que “esto equivale a decir que uno de cada cuatro niños que padece TDAH presenta además DEA; o al revés, uno de cada tres niños que padecen DEA sufre también TDAH” (Lavigne y Romero, 2010, p. 98). A consecuencia de esas dificultades, se da con frecuencia rendimiento académico/escolar inferior al esperable según la capacidad del alumnado.

Hay que tener en cuenta que en algunos casos la facilidad para la realización de tareas mecánicas puede hacer que sus dificultades pasen desapercibidas en los primeros años de escolaridad, sin embargo, estas dificultades se hacen más evidentes conforme aumenta la exigencia escolar, sobre todo a partir del segundo ciclo de Educación Primaria y en la Educación Secundaria (CREENA, 2012),

Un porcentaje alto, experimenta además dificultades de aprendizaje en las áreas instrumentales, como lenguaje y matemáticas. A continuación destacamos los aspectos en los que es frecuente que los niños y las niñas con TDAH tengan más dificultades:

- *Lectura*: suelen tener dificultades a la hora de codificar y comprender la información que se le presenta por escrito, pudiendo llegar a invertir mucho más tiempo del habitual y en ocasiones sin demasiado éxito. Brown (2007) afirma que en muchos casos no logran comprenderlas (las palabras) debido a que procesan la información más lentamente que sus compañeros de clase (no afectados por el trastorno).

Miranda, Fernández, García, Roselló, y Colomer (2011) aseguran que el porcentaje de dificultades lectoras de sujetos con TDAH oscila entre un 18 y un 45% y entre un 18 y un 42% de niños con DL cumplen los criterios del TDAH. Junto con las cifras, otro dato preocupante es que la dificultad lectora asociada al TDAH ocasiona déficits cognitivos más

graves y peores resultados académicos y conductuales (Germano, Gagliano y Curatolo, 2010; Miranda, Presentación Siegenthaler, Colomer y Pinto, 2011)”.

- *Escritura*: los niños y las niñas con TDAH suelen tener una pobre coordinación motora, lo que parece estar muy relacionado con las dificultades para realizar adecuadamente los trazos de las letras.
- *Matemáticas*: suelen ser más lentos en actividades de numeración y cálculo y en la resolución de problemas, cometen más errores y dejan las tareas sin terminan en más ocasiones. Todo ello se agrava por su tendencia a evitar ejercicios reiterativos, lo que les impide la práctica sistemática, necesaria para la adquisición de estas destrezas.
- *Otras dificultades*:
 - *Dificultades a la hora de tomar apuntes*, lo cual repercute de manera importante en el estudio posterior.
 - *Dificultades en las técnicas de estudio*, como subrayar lo más importante, hacer un resumen, identificar las palabras claves, elaborar esquemas y mapas conceptuales...
 - *Dificultades a la hora de realizar exámenes*: respuestas precipitadas, incluso antes de leer las preguntas, dificultad para pensar distintas alternativas, etc.

A menudo puede confundirse esa precipitación que ofrece bajos resultados académicos con problemas de memoria, pero la investigación de Kourakis (2002) muestra que “no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los niños con TDAH y los niños control”. Se destaca que los que sufren TDAH asimilan mejor estímulos no-verbales (obtuvieron mejores resultados los niños con TDAH). Lo que realmente necesitan es más tiempo de reacción, para poder llegar a reflexionar y alcanzar unos resultados mejores; “ADHD children are able to obtain high achievement scores under conditions of controlled teaching, as long as the educational system comprehensively

modifies the way it presents and assesses the learning and memory materials offered to them”¹ (Kourakis, 2002, p.342).

1.3.3. Evolución de los síntomas a lo largo de la vida

El TDAH es crónico y se manifiesta antes de los 7 años. A lo largo del desarrollo del niño, sus síntomas pueden cambiar o disminuir; no obstante, se estima que más del 80% de los niños continuarán presentando problemas en la adolescencia, y entre el 30-65%, en la edad adulta (FEAADAH, s. f.).

Con respecto a las formas en que se manifiesta el TDAH, existen varias etapas:

- *Hasta los cinco años*, los niños suelen presentar un desarrollo motor precoz. Comienzan a caminar muy temprano y en general, son descritos por los padres como niños inquietos, "impulsados por un motor".
- *Durante la edad escolar*, los niños comienzan a tener problemas en el aprendizaje de la lectoescritura, lo que suele ocasionar fracasos escolares. Estos fallos se agudizan cuanto más se le exige al niño sin proporcionarle un tratamiento adecuado. Es en esta etapa cuando más casos se detectan.
- *En la adolescencia* se producen cambios sustanciales. La hiperactividad suele disminuir notablemente hasta convertirse en una sensación subjetiva de inquietud. Aún así, más del 80% de los jóvenes sigue teniendo problemas de atención e impulsividad.

Los síntomas del TDAH varían dependiendo de cada caso, es decir, no van a ser estándar y siempre idénticos o prácticamente iguales. Éstos son los criterios que proponen De la Gándara et al. (2006) a partir de los cuales variarán los síntomas:

- *Según el tipo de TDAH.*
- *Según el sexo:*
 - En los niños son más frecuentes los TDAH con predominio de hiperactividad e impulsividad y con los tres síntomas centrales.
 - En las niñas es más frecuente el TDAH con predominio de falta de atención.

¹ Los niños con TDAH pueden obtener altas puntuaciones de logro en condiciones controladas de enseñanza, siempre que el sistema educativo modifique integralmente la forma en que se presentan y evalúan los materiales de aprendizaje y memoria que se les ofrece.

- *Según la severidad del trastorno:*
 - Leve.
 - Moderado.
 - Grave.
- *Según la edad.* La actividad física disminuye conforme aumenta la edad, pero la impulsividad y los problemas de atención tienden a persistir.
- *Según el entorno en el que están de las personas que les atienden en cada momento:*
 - Variaciones de intensidad de los síntomas.
 - Variaciones de los síntomas que ocupan el primer plano.

1.4. Signos de alerta y diagnóstico

1.4.1. Detección

Para exponer cómo se desarrolla la detección del Trastorno, se ha revisado información de la Guía CREENA (2012), así como de Lavigne y Romero (2010) y muy especialmente, de la Orden Foral 65/2012, de 18 de Junio, que ampara al alumnado con NEAE derivadas de TDAH.

Las manifestaciones del TDAH suelen aparecer con el inicio de la escuela primaria, debido a que durante los primeros años de escolaridad, existen una serie de demandas a las que el niño no está acostumbrado: permanecer sentado durante mucho tiempo, horarios más estructurados, realizar deberes en casa, mantener una gran atención y control sobre sí mismo, etc.

Estos cambios, que para la mayor parte del alumnado se producen de forma natural, no son tan sencillos para los niños con TDAH. En este momento, el gran número de exigencias a las que ya no pueden responder, hace evidente la necesidad del diagnóstico de un profesional clínico especializado.

Generalmente, son los padres, profesores, psicólogos escolares, pedagogos o pediatras los que primero pueden detectar un posible trastorno en un niño que tiene problemas de este tipo. Con frecuencia, los adultos no conocen el origen, por lo que serán los

profesionales médicos (neuropediatra, psiquiatra infantil, psiquiatra o neurólogo) los que realizarán un diagnóstico definitivo, que es fundamentalmente clínico e incluye:

- Entrevistas con los padres y el niño
- Una evaluación de la información de los profesores
- Exámenes físicos
- Pruebas complementarias para descartar otros problemas.

Todos estos recursos tienen como objetivo detectar la existencia del trastorno, descartando aquellos síntomas que sean normales para la edad o inquietudes relacionadas a algún factor social externo. También deben descartarse problemas médicos (neurológicos o endocrinológicos), toxicidad por medicaciones o drogas, problemas psiquiátricos y problemas pedagógicos.

Sólo un diagnóstico minucioso conducirá al tratamiento más adecuado para el niño. Una vez que éste se establezca, el médico realizará un plan de tratamiento que podrá incluir la participación de un psicólogo, un pedagogo, un profesor de apoyo y de otros profesionales.

1.4.2. Diagnóstico

Existe la creencia popular de que se trata de un trastorno de moda, o que se da un infradiagnóstico. Sí que es cierto que existe un “boom de niños, adolescentes e incluso adultos sin diagnosticar o en vías de diagnóstico”, pero el trastorno está recogido en el DSM-IV desde los años 90, por lo que en España, simplemente existe un retardo en la formación de especialistas, que tímidamente empezó a partir del año 2000. Es decir, en España no ha comenzado a trabajarse con el TDAH hasta hace muy poco tiempo, por lo que realmente la cuestión no es que sea un boom, sino que antes no se conocía lo suficiente como para tratarlo (Elia Ruiz, 2012).

- Procedimiento:

Los criterios diagnósticos son los establecidos por la Organización Mundial de la Salud, revisados periódicamente. De este modo, estos son los criterios diagnósticos de TDA-H (según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR / Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2002).

Tabla 1. Criterios DSM-IV-TR de trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

CRITERIOS DSM-IV-TR de trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	
I. A o B	<p>A. Seis o más de los siguientes síntomas de inatención han estado presentes en la persona por lo menos durante seis meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:</p> <p>Inatención</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. 2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas/juegos. 3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente. 4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo (no por conducta oposicional o por no entender las instrucciones). 5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades. 6. A menudo evita, rechaza o reniega a hacer cosas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como tareas escolares o quehaceres de la casa). 7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros, o herramientas). 8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. 9. A menudo es descuidado en las actividades diarias. <p>B. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han estado presentes en la persona por lo menos durante seis meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:</p> <p>Hiperactividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento. 2. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo. 4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio. 5. A menudo está en marcha o parece que tenga un motor. 6. A menudo habla excesivamente. <p>Impulsividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas. 2. A menudo tiene dificultades para guardar su turno. 3. A menudo interrumpe o estorba a otros, por ejemplo, en una conversación o juego
II.	Edad de comienzo y discrepancia: algunos de los síntomas que causan alteraciones están presentes desde antes de los 6-7 años de edad y además, estos síntomas son excesivos comparando con otros niños de la misma edad y CI.
III.	Ubicuidad: alguna alteración provocada por los síntomas está presente en dos o más situaciones (por ejemplo, en la escuela y en la casa)
IV.	Disfunción: los síntomas deben ser causa de una disfunción significativa; debe haber clara evidencia de una alteración considerable en el funcionamiento social, escolar o laboral. Así, un niño puede cumplir los 18 criterios del TDAH pero si no le afectan su vida diaria no sufre el trastorno.

V.	Exclusión: los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En base a estos criterios, se identifican los tres subtipos ya indicados. No hay que olvidar que un niño movido o despistado no tiene por qué presentar un trastorno. Lo que va a llevar al diagnóstico es la frecuencia y la intensidad de las manifestaciones, así como el deterioro en los ámbitos escolar, familiar y social. (CREENA, 2012).

Así, se define el trastorno:

- a. *Inatento*, si se ha cumplido el criterio A pero no el B en los últimos meses.
- b. *Hiperactivo-impulsivo*, si se ha cumplido el criterio B pero no el A en los últimos seis meses.
- c. *Combinado*, si tanto el criterio A como el B se han cumplido en los últimos 6 meses.

Por su parte, estos síntomas deben ser persistentes y manifestarse en más de un ambiente de la vida del niño/a.

Según esta Orden Foral 65/2012, en su Artículo 4, no sólo es necesaria la evaluación/diagnóstico por parte de profesionales de educación, sino también la coordinación con profesionales de la salud para una detección temprana y consiguiente atención a la población escolar que presenta TDA-H y que necesita respuesta educativa y sanitaria. Se pretende realizar la identificación del alumnado que presenta el trastorno lo antes posible y a lo largo de todo el proceso educativo, por parte del equipo docente, coordinado por el tutor o tutora y junto con la familia.

Por un lado se ha de realizar una *evaluación psicopedagógica*, la cual tiene que ser efectuada por el orientador u orientadora del centro, con la colaboración del profesorado y de la familia, a partir de los seis o siete años. No obstante, se señala que es muy importante la intervención educativa temprana tras la detección de signos de alerta y con alumnado de riesgo. Por otro lado, el orientador u orientadora tiene que cumplimentar el correspondiente “protocolo de derivación al pediatra/médico de atención primaria, para la realización de un *diagnóstico clínico*, que se realiza de forma general a partir de los seis-siete años. El diagnóstico es exclusivamente clínico;

debe hacerlo un profesional clínico con formación y experiencia en el diagnóstico del TDAH y que pueda realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo (CREENA, 2012).

El informe facultativo, responsabilidad del personal de salud, y el informe psicopedagógico realizado por el orientador u orientadora del centro educativo, serán prescriptivos para que el profesorado realice las adecuaciones pertinentes a lo largo del proceso educativo del alumnado afectado por el TDAH. El orientador u orientadora del centro es el encargado de informar a todo el profesorado de las necesidades educativas específicas de este alumnado, garantizando el traspaso de la información pertinente a otros profesionales de la orientación, especialmente si reproduce cambio de etapa o de centro, con el objetivo de adecuar la respuesta educativa a lo largo de toda su escolaridad.

Es resumen, para establecer el diagnóstico de TDAH se han de incluir diversas valoraciones):

- *Valoración psicológica* para establecer capacidades y limitaciones del niño.
- *Valoración médica* para descartar o confirmar enfermedades médicas que pudieran explicar los síntomas que presenta el niño.
- *Valoración psicopedagógica* para valorar la presencia o no de fracaso escolar.

(Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero, 2006, p.11).

Lamentablemente, no se puede identificar el TDAH desde el nacimiento. De hecho, tampoco es fácil entre los 3 y los 6 años. En muchos casos es posible identificar un cuadro de síntomas que pueden ser tan severos que exijan intervención psicoeducativa inmediata, pero necesitamos ver la evolución de ese niño en desarrollo, constatar la resistencia de esos síntomas a este tipo de intervención y descartar la presencia de otro tipo de patologías que puedan explicar mejor el cuadro. Eso puede hacer que un niño con síntomas no llegue a cumplir los requisitos para un diagnóstico de TDAH a los 5 años, y sí tenga un diagnóstico claro a los 8 años. Al igual que el tratamiento, debe ser multidisciplinar, por lo que no se puede dar prioridad a un especialista sobre otro. A modo orientativo, estas son las indicaciones a seguir:

1. El diagnóstico del TDAH es, hoy por hoy, un diagnóstico clínico comportamental; es decir, no existe nada en el cerebro de un niño que pueda

detectar un médico y que sea un signo *inequívoco* de que alguien padece el trastorno; aunque se han encontrado diferencias entre el funcionamiento cerebral de los niños con TDAH y los niños sin TDAH, todavía estamos lejos de poder identificar diferencias que identifiquen inequívocamente este trastorno.

2. El diagnóstico debe realizarse a partir de información que han de proporcionar la familia y el profesorado. En realidad un profesor dispone de la situación ideal para observar si un niño tiene una sintomatología por encima de lo habitual de acuerdo a su edad, y en cambio los padres tienen más dificultades para saber si la intensidad con la que su hijo se mueve o muestra falta de atención es normal de acuerdo a su edad.
3. Los especialistas que valoren a estos niños y niñas deben cubrir por lo menos dos áreas: la médica y la psicoeducativa, donde está presente la implicación del profesorado, siendo un tratamiento combinado.
4. Al tratarse de un problema de base neurológica, puede complicarse con problemas emocionales si el niño vive situaciones como reiteradas experiencias de fracaso escolar, el proceso de separación de sus padres o una enfermedad grave.

(Orjales, 2009, p. 117-119)

Tras la evaluación exhaustiva es importante triangular los datos y analizarlo todo en su conjunto para dar una explicación a todo el cuadro (Ruiz, 2012). Según la FEAADAH, el TDAH tiende a ser diagnosticado y tratado insuficientemente, cuando un diagnóstico preciso y a tiempo es el primer paso para paliar los síntomas del TDAH y prevenir sus complicaciones, no existiendo una edad ideal para acudir al profesional. En principio, se debe consultar a un especialista siempre que se observen problemas en el funcionamiento cotidiano de un niño respecto a lo que se espera por su edad tanto a nivel personal, como social y escolar.

– *Si el diagnóstico es comportamental, ¿por qué se realizan pruebas neurológicas?*

En algunas ocasiones, el médico puede estimar conveniente realizar pruebas neurológicas normalmente porque:

- Ayudan a descartar que el niño tenga otras patologías que pudieran ser el origen del problema. En este caso, los síntomas de falta de atención, impulsividad e hiperactividad serían entonces parte de otro trastorno.
- Permiten apoyar el diagnóstico con mayor información sobre su funcionamiento cerebral.

El médico debe solicitar una evaluación psicológica y educativa complementaria para completar el diagnóstico diferencial y obtener información valiosa para enfocar la intervención médica del niño. En definitiva, el diagnóstico y el tratamiento del niño con TDAH exigen la coordinación y el trabajo conjunto de especialistas de muy diferentes áreas (Orjales, 2009).

1.5. Respuesta educativa

Si el diagnóstico, del que hemos hablado en la sección anterior no ha sido realizado al llegar a la etapa de Educación Primaria, el déficit de atención originará crisis, ya que a esta edad ya debe haber desarrollado habilidades sociales, emocionales y pedagógicas para tener éxito en el ambiente escolar (Mendoza, 2005).

1.5.1. Tratamiento multidisciplinar/multimodal

Loro et al., (2009) exponen en su artículo que “se debe elaborar un plan de tratamiento, que debe tener en cuenta lo siguiente:

- El TDAH como problema habitualmente crónico.
- Valorar si existen otros trastornos comórbidos.
- Los tratamientos más eficaces.
- Debe realizarse desde un prisma multimodal (de ello hablaremos a continuación más detenidamente).
- Preferencias y preocupaciones de pacientes y familias.
- Debe revisarse regularmente y si es necesario, modificarse.

Hablan del estudio MTA (estudio multimodal de tratamiento de niños con TDAH), que fue diseñado para evaluar las opciones de tratamiento que existían en los años noventa. Se estudiaron cuatro grupos de tratamientos: metilfenidato de liberación inmediata (tres tomas diarias con control), tratamiento conductual (basado en técnicas

psicológicas estructuradas), metilfenidato de liberación inmediata (sin un control exhaustivo) y tratamiento combinado (opciones primera y segunda juntas).

Las conclusiones extraídas fueron las siguientes: el tratamiento combinado es el que ofrece modestas, pero importantes ventajas frente al resto de opciones (permitió reducir la dosis de fármaco, incrementó el grado de satisfacción de padres y profesores, y mejoró las habilidades sociales de los niños). Aunque en el resto de los casos también se redujeron los síntomas de forma significativa, en conjunto la primera y la última opción fueron estadísticamente superiores que las otras dos en cuanto al control de los síntomas nucleares del trastorno. De todos modos, estos resultados no implican que la terapia conductual no pueda realizarse de manera aislada sola para el TDAH en determinadas situaciones clínicas.

Existen diferentes razones por las que es conveniente utilizar el tratamiento multimodal para el TDAH y por las que el tratamiento no farmacológico, habitualmente psicológico, puede combinarse con el tratamiento farmacológico (GT Guía Clínica TDAH, 2010):

- Ante casos con síntomas graves, y aunque la intervención psicológica sea la opción preferida por los niños y adolescentes, y sus familias, puede ser conveniente iniciar el tratamiento farmacológico para ofrecer efectos más inmediatos de mejora, en casos de existir una marcada disfunción social, gran presión familiar o de pareja, o si el niño se encuentra ante una inminente expulsión escolar.
- El aprendizaje conductual en el tratamiento psicológico puede verse favorecido por el uso combinado de tratamiento farmacológico.
- Combinar tratamiento farmacológico con intervención psicológica puede llevar a reducir las dosis de fármacos así como aminorar las preocupaciones acerca del uso de la medicación.

Este tratamiento supone combinar simultáneamente tratamientos de tipo farmacológico, psicológico y psicopedagógico.

Existen distintos abordajes terapéuticos para tratar el TDAH, pero el tratamiento combinado -"multimodal"- es el que ofrece mejores resultados. Esto supone la

inclusión de padres, profesores, médicos y psicólogos en todos los niveles de la terapia. Teniendo esto en cuenta, se coordinan simultáneamente distintos tratamientos de los que hablaremos a continuación.

En síntesis, el tratamiento de los niños con TDAH requiere de un programa multidisciplinar adaptado a las características individuales del niño, como el sexo o la edad, y a agentes externos como el entorno familiar y social (FEAADAH). Desde el CREENA también se apuesta por un tratamiento de este tipo, puesto que ha demostrado mayor efectividad a la hora de trabajar con el alumnado. Multitud de investigaciones han verificado una mayor eficacia de los tratamientos combinados sobre los tratamientos psicológicos, pedagógicos o farmacológicos por separado. En las siguientes subsecciones veremos más detenidamente los tres tipos de tratamiento que engloba.

1.5.2. Tratamientos farmacológicos

Las fuentes principales de las que se extraen estos datos son García y Magaz (2003), Mendoza (2005), Orjales (2009), CREENA (2012) y FEAADAH (s.f.).

Con el tratamiento farmacológico se trata de hacer remitir los síntomas básicos del trastorno, puesto que está dirigido a optimizar el funcionamiento cerebral del niño, adolescente o adulto con TDAH. Aunque parezca paradójico, los estimulantes mejoran y optimizan el funcionamiento cerebral de quien sufre TDAH. En definitiva, es un recurso más que contribuye a disminuir experiencias de fracaso y el riesgo de deterioro emocional. Bien administrado supone un apoyo en los niveles intelectual e interactivo con sus compañeros, padres y profesores, además de ayudar en los procesos de intervención de los otros dos tratamientos. Para poder ajustarlo, en algunas ocasiones, al profesorado se le pedirá información sobre la evolución del alumnado. A pesar de las reticencias que con frecuencia tienen los padres, muchos estudios avalan la eficacia de este tipo de tratamientos, tanto para niños, como para adolescentes y adultos; es un tratamiento de apoyo que constituye una ayuda eficaz, de todos modos, sería incompleto sin un programa de intervención psicoeducativa, para que pueda enfrentarse, de forma sana, a las dificultades que la sintomatología del TDAH pueda suponer para su desarrollo. La mayoría de las personas con TDAH,

mejoran su rendimiento escolar y laboral cuando mantienen un tratamiento farmacológico adecuado.

Pero no hay que olvidar algo fundamental: el tratamiento que se siga ha de estar controlado por un médico experto en el trastorno, neurólogo pediatra o paidopsiquiatra (psiquiatra especialista en niños), profesionales sanitarios autorizados para prescribir estos tratamientos y realizar un seguimiento, quien elegirá la opción más adecuada para cada paciente tras una revisión y análisis adecuados.

Algunos autores afirman que existe una tendencia moderna que nos impulsa a buscar el camino más fácil para resolver nuestros problemas, con un mínimo de esfuerzo; así, vemos a niños y adultos que consumen medicamentos antes que analizar los problemas que subyacen a sus síntomas y darles una solución de fondo. En los países ~~en~~ donde se aplican con mayor frecuencia tratamientos para el TDAH, las tasas de prescripción médicas sólo representan entre el 3 y el 7 % de los niños que se cree que padecen este trastorno, e incluso menos del 4% estimado de los adultos que sufren TDAH (FEAADAH). Eso no quiere decir que la terapia médica sea menos importante, sino que simplemente se trata de buscar todas las alternativas antes de medicar.

A pesar de toda la información de la que se dispone, hoy en día siguen existiendo muchísimas dudas sobre la medicación para el tratamiento del TDAH. La decisión, además de estar bien fundamentada bajo las indicaciones de un médico, debe estar lejos de una serie de mitos y errores. A continuación se exponen brevemente los más frecuentes, pero puede consultarse la guía que aquí se indica, ya que es muy recomendable para el profesorado (Mena et al., 2006, p. 47-50):

- *El tratamiento con medicación está de moda: no es del todo cierto; hace más de cincuenta años que se emplean fármacos en los tratamientos del TDAH.*
- *A los hiperactivos se les seda para que no molesten: hoy en día los sedantes en el tratamiento del TDAH son muy poco habituales y cuando se usan, normalmente es para controlar otros casos que suelen ir asociados al TDAH, como tics o el *síndrome de Tourette*. Lo que más se prescribe son estimulantes cerebrales.*

- *La medicación es adictiva y puede predisponer a adicciones en la edad adulta:* en dicha guía se niega rotundamente; numerosos estudios han probado que estas medicaciones no son adictivas si se utilizan de manera correcta. En relación con el mayor consumo de drogas en pacientes con TDAH, Ochoa et al (2010) afirman que se considera que el TDAH, si convive con consumo de sustancias, presenta mayor gravedad, más alteraciones y mayor dificultad de tratamiento. Llegan a la conclusión con sus investigaciones de que hay que extremar los cuidados con este alumnado, ya que sí que se admite que los pacientes con TDAH presentan una edad de inicio del consumo más precoz.
- *La medicación es de por vida:* no es frecuente que la medicación sea de por vida; la mayoría de pacientes aprenden a controlar sus síntomas y la medicación se retira, aunque sí que es cierto que los tratamientos suelen ser largos.
- *La medicación quita el apetito e incluso puede frenar el crecimiento:* ninguna medicación está libre de efectos secundarios, pero la práctica razonable sí que excluye administrar una medicación que cause más problemas de los que resta; dependerá de cada caso particular.
- *La medicación debe darse cuando otras estrategias de tratamiento fracasan:* está demostrado que la medicación es el tratamiento singular con mejores resultados, aunque es destacable que el tratamiento multidisciplinar ayuda a obtener mejores resultados.

En cuanto a los tipos de fármacos que ayudan a los niños con TDAH. Orjales (2009) indica los siguientes:

- *Psicoestimulantes*, como el Metilfenidato. Se trata del único estimulante disponible en nuestro país. Se comercializa como Rubifén, Concerta, y Medikinet.

Los estimulantes actúan sobre la producción o captación de transmisores cerebrales como la dopamina y la noradrenalina. Se ha demostrado que la utilización de estimulantes reporta unos beneficios directos e inmediatos en el 70 u 80 por 100 de los casos, puesto que el estado de alerta mejora; “una multitud de estudios respaldan que el metilfenidato induce mejoras en medidas

de atención, impulsividad cognitiva, tiempo de reacción, memoria a corto plazo y aprendizaje de material verbal u no verbal en pacientes con TDAH". (Loro et al, 2009, p.258).

- *Atomoxetina*. Es el principio activo de la Strattera, un fármaco no estimulante que actúa como inhibidor de la noradrenalina y que requiere un inicio y abandono gradual, por lo que sus efectos no son inmediatos (se necesita aproximadamente un par de semanas de dosificación progresiva hasta alcanzar la dosis indicada para el paciente).

Tiene "escasa afinidad por transportadores o receptores de otros neurotransmisores, como la dopamina o la serotonina" (Loro et al, 2009, p.259). Se ha constatado su eficacia y seguridad en el tratamiento del TDAH, y rivaliza en eficacia con el metilfenidato, aunque la reciente publicación en septiembre de 2008 de la guía NICE lo sitúa como segunda elección, a excepción de las situaciones en las que se presenta con comorbilidad con cuadros de ansiedad. Asimismo, podría ser de primera elección para pacientes con trastornos por tics; no los provoca o empeora, sino que los disminuye.

En resumen, es un fármaco seguro y eficaz para el tratamiento del TDAH, con la ventaja de presentar un efecto continuo en el tiempo, a diferencia de los psicoestimulantes.

1.5.3. Tratamiento psicológico

Casajús (2009) afirma que este tratamiento utiliza estrategias de manejo de conducta, de autocontrol del niño y de comunicación. Implica varios tipos de psicoterapia: terapia familiar e individual (que reduce el estrés en la familia provocado por la enfermedad del niño), la psicoeducación y entrenamiento a los padres para controlar el comportamiento de su hijo y apoyo en el colegio en las áreas donde el niño está más necesitado.

En definitiva, en el sujeto afectado por el TDAH se trata de potenciar las capacidades del niño, ayudándole en su autoconocimiento, en la detección de situaciones problema, así como en el desarrollo de estrategias de compensación, que le permitan mantener un equilibrio psicológico cada vez más fuerte.

En los niños, el TDAH provoca una serie de comportamientos difíciles de controlar por los padres, lo que les puede generar sentimientos de frustración, tristeza, culpabilidad, estrés, baja autoestima, desconfianza en sus habilidades como padres y educadores y/o problemas maritales. Son estos problemas los que en muchas ocasiones los llevan a la consulta clínica. La familia es el núcleo básico en el que el individuo se desarrolla; una familia bien estructurada, que maneja límites claramente definidos y un alto nivel de comunicación, propicia el desarrollo emocional de sus miembros. Diferentes estilos de paternidad parecen estimular y alentar el desarrollo de la conciencia moral y el autocontrol de los niños, o bien, desalentarlo y apabullarlo. Y como parte tan importante del desarrollo de esos niños y niñas, cuantos más detalles conozcan sobre el trastorno de su hijo, más fácil será tratarlo con éxito.

Por todo ello, un programa integral debe incluir técnicas orientadas a aumentar el conocimiento de los padres acerca del TDAH, y posteriormente, un entrenamiento en el control de las conductas del niño.

Según García y Magaz (2003), existen distintos tipos de entrenamientos psicológicos:

- *El entrenamiento en habilidades de focalización y mantenimiento de la atención*, que favorece a la adquisición de destrezas cognitivas e instrumentales de regulación de la atención en cualquier tipo de tareas.
- *El entrenamiento en Habilidades de Solución de Problemas*, que favorece la adquisición de destrezas cognitivas de regulación del comportamiento. Los niños con TDAH suelen presentar falta de procesos cognitivos de reflexión sobre situaciones que constituyen un reto o una dificultad denominada “exceso de impulsividad”. Ante un estímulo o conjunto de estímulos, que provoca, se activa su sistema de respuesta motriz; si la emoción es positiva (alegría) el comportamiento será de aproximación al elemento que la desencadena. En cambio, si la emoción es negativa, el comportamiento que se activa será de huida, enfrentamiento o rechazo al elemento que la provoca.
- *El entrenamiento en Habilidades de Competencia Social*, favorece a la adaptación social con iguales, padres y otras figuras de autoridad, puesto que las personas que padecen TDAH suelen tener torpeza para relacionarse socialmente tanto con iguales, como con padres y otras figuras de autoridad.

- *El entrenamiento Asertivo*, método eficaz para recuperar la autoestima de los adolescentes con TDAH (desaconsejado para niños menores de 12 años debido a que aún les falta desarrollo cognitivo y personal que les hace difícil discriminar entre asertividad y agresividad).
- *El apoyo de profesionales*, que es precisado por el profesorado y las familias de niños con TDAH. El asesoramiento a padres y profesores es uno de los componentes más importantes y generalizados en programas de ayuda. A los padres se les señala pautas como las siguientes:
 - Marcar a su hijo pocos límites, pero estables.
 - No consentir las exhibiciones del niño en un "escenario público".
 - Definir reglas claras de consecuencias y premios para ciertos comportamientos.
 - Ayudar al niño con tareas o encargo dividiéndolas en pasos menores.
 - Aumentar la estructura y el orden de la casa.
 - Establecer rutinas estables y predecibles para estructurar el tiempo.
 - Eliminar ruidos y distracciones.
 - Motivar al niño.
 - Aumentar la disciplina haciendo que el niño sufra las consecuencias de saltarse las normas.
- *Los acuerdos de cambio de conducta establecidos entre los niños y padres y maestros*, los cuales permiten mejorar el clima familiar y social en el aula o centro educativo en muy poco tiempo; tras su instauración, las diversas actuaciones que deterioran gravemente la calidad de las relaciones afectivas entre los miembros de la familia y entre profesores y compañeros, se reducen drásticamente.

1.5.4. *Tratamiento psicopedagógico/psicoterapia*

Las fuentes principales de las que se extraen estos datos son Mendoza (2005) y Casajús (2009).

La terapia pedagógica, de mano de un profesional de educación especial, psicólogo o pedagogo, es una terapia en la que se proporciona al niño la oportunidad de entrenar y desarrollar áreas disminuidas en su desarrollo. Se trata de que el niño aprenda a

utilizar estrategias que permitan suplir las deficiencias de su sistema neurobiológico; con él, se persigue mejorar sus habilidades académicas, dentro y fuera del aula. “No se considera que, por sí sola, mejore significativamente los síntomas nucleares del TDAH, pero sí puede servir para intervenir sobre síntomas asociados a los trastornos comórbidos que interfieren en el funcionamiento normal del paciente” (Loro et al., 2009, p.260).

No hay que olvidar que la atención escolar es primordial: la escuela debe conocer la situación particular de cada alumno para poder ofrecer intervenciones adecuadas que faciliten el proceso de enseñanza-aprendizaje. Destacar que en los niños, la psicoterapia suele combinarse con medicación. En algunos casos se utilizan por sí solas, pero en general es mejor el tratamiento combinado. En estos casos, la psicoterapia conductual es la más eficaz.

En líneas generales, se le enseña al niño a: controlarse, monitorizar sus actividades inapropiadas, comprender la forma en que sus comportamientos interrumpen y molestan a los demás y cómo intentar reducirlos, afrontar las habilidades sociales y a emplear técnicas para mejorar su autoestima.

El terapeuta debe tener en cuenta, además, que el TDAH puede estar acompañado de otros problemas psiquiátricos que también requieren atención, como la depresión o la ansiedad.

Así, el Programa de Intervención psicopedagógico para el TDAH debe desarrollarse en tres vertientes:

- Un programa de intervención diseñado para la edad y el perfil específico de cada niño (donde podría incluirse los tres tipos de tratamiento que hemos señalado anteriormente).
- Un programa de asesoramiento o entrenamiento educativo a los padres, que vamos a tratar a continuación.
- Un programa de asesoramiento/entrenamiento educativo a los profesores. Éste incluirá conocimiento del TDAH, estrategias de intervención, gestión del aula, búsqueda de apoyos, desarrollo de las adaptaciones metodológicas adecuadas, etc.

1.5.5. Otros tipos de tratamientos/ajustes.

- Tratamiento cognitivo/cognitivo-conductual

“Los métodos cognitivos centran la atención en trabajar con los procesos cognitivos y los procesos mentales que regulan la conducta para ayudar al niño a ser autónomo e incrementar su autocontrol” (Loro et al., 2009, p.621).

- Entrenamiento autoinstruccional.

Se trata de un tipo de entrenamiento muy interesante, aplicable a la tarea de los docentes en el aula. Por supuesto, ha de tenerse en cuenta que dependiendo de las dinámicas de trabajo que se lleven a cabo en el aula, este entrenamiento puede que no resulte el más idóneo (repetir en voz alta las autoinstrucciones en determinados momentos puede que moleste al resto de compañeros del aula). Lo ideal en este caso sería que a base de la práctica, para una asimilación de lo que ofrece este entrenamiento, el alumno automatice los pasos y pueda “autohablarse”, puesto que de no ser así, con el esfuerzo de tratar de recordar las pautas, se descentraría de la tarea que está llevando a cabo.

Se puede leer más detenidamente información sobre este tipo de entrenamiento en el Anexo 1.

- Entrenamiento de autocontrol.

Consiste en la anticipación de consecuencias, análisis y evaluación de la conducta y elección de modos de actuar adecuados para el sujeto y para los demás, aunque resulta más indicada su aplicación en niños a partir de 12 años, por lo que no entraremos en más detalles, al tratarse de etapas posteriores a las estudiadas en este trabajo.

- Solución de problemas

Pretende de un entrenamiento que se enseña a través del modelado, hasta que el niño lo interioriza, desde situaciones específicas, para generalizarlo a otras. En definitiva, su objetivo es “aumentar el grado de autonomía del sujeto y el desarrollo de habilidades para la autodirección y el autocontrol, que es uno de los factores deficitarios en los niños con TDAH, como consecuencia de la

impulsividad”. Este es el procedimiento: (1)orientación general y reconocimiento de problemas, (2)definición, formulación y análisis del problema, (3)búsqueda de posibles soluciones, generar alternativas, (4)toma de decisiones, (5)elaborar planes precisos de acción y (6)llevar a cabo la solución elegida y evaluar los resultados.

- Entrenamiento por neuro-feedback.

Es un tipo de retroalimentación que utiliza pantallas en tiempo real de la electroencefalografía o la resonancia magnética funcional para ilustrar la actividad del cerebro con el objetivo de controlar la actividad del sistema nervioso central. Los sensores se colocan en el cuero cabelludo para medir la actividad, con las mediciones mostradas mediante pantallas de vídeo o sonido (http://centrodeartigos.com/articulos-para-saber-mas/article_55477.html).

En este caso, podemos observar opiniones encontradas. Por un lado Mendoza (2005) muestra que es este tipo de entrenamiento está poniéndose en práctica, al igual que Loro et al. (2009), que exponen que los científicos comprobaron en investigaciones que este entrenamiento “podía ayudar a reducir los síntomas asociados al TDAH”, aunque sí que es cierto que en dicho artículo también se dice que “su eficacia no se ha demostrado de forma concluyente, a través de estudios clínicos controlados cuidadosamente” (p.262).

García y Magaz, (2003), consideran que no es correcto afirmar que este tipo de entrenamiento es una técnica eficaz para tratar la hiperactividad, basándose en que hasta el momento no se han presentado evidencias empíricas suficientes que acrediten la eficacia de éste como método de mejora de la capacidad atencional y de reducción de la hiperactividad.

- Medicina Alternativa y Complementaria

La medicina alternativa y complementaria (CAM, por sus siglas en inglés), tal y como la define La Cochrane Collaboration es “un amplio campo de recursos de curación en paralelo con los sistemas de salud, sus modalidades y prácticas, así como las teorías y creencias en que se sustentan. Las terapias alternativas y complementarias son diferentes a las establecidas por el sistema de salud convencional en una cultura. Algunas de las terapias alternativas para el TDAH

en niños y adolescentes incluyen: tratamientos dietéticos, tratamientos de optometría, homeopatía, medicina herbaria, estimulación auditiva (método Tomatis) y psicomotricidad y osteopatía.

- Ajustes en la dieta:

“No se deben pasar por alto las opciones de ajuste en la dieta y evaluar el posible impacto que sobre la evolución del trastorno puedan tener”. Afirman que no hay datos ni evidencias suficientes pero consideran que “el impacto que la dieta pueda originar en la evolución debería tenerse en cuenta” (Loro et al, 2009, p.263).

A continuación adjuntamos un listado de terapias que *no funcionan* para el tratamiento del TDAH y *no deben usarse* (como vamos a poder observar, algunos de ellos ya han sido comentados en este apartado):

1. La musicoterapia
2. El tratamiento con hierbas, minerales, etc.
3. Dietas especiales.
4. Ejercicios físicos especiales.
5. Ejercicios de lateralidad cruzada.
6. Biofeedback/Neurofeedback (del que hemos hablado ya brevemente).
7. Quiropráctica.
8. Psicoanálisis/Psicoterapia de juego.

Desde la Clínica Universitaria de Navarra, se expone que “el esfuerzo de los padres debe centrarse en los tratamientos que sabemos que funcionan” (Soutullo y Chiclana, 2008, p.26).

1.5.6. Pautas para la respuesta educativa

- *Orientaciones generales*

La respuesta educativa debe centrarse en adecuar el contexto educativo a las distintas formas de aprender, incorporando medidas organizativas y metodológicas que pueda poner en práctica el profesorado en su aula. Es fundamental tanto la coordinación de

los profesionales que intervienen con el alumnado, como aunar criterios de actuación con las familias, asegurando un trabajo colaborativo, coherente y eficaz.

Existen una serie de orientaciones que tienen como objetivo facilitar al profesorado el ajuste de la respuesta educativa, que siendo beneficiosas para el alumnado en general, permiten regular y favorecer el proceso de aprendizaje del alumnado con TDAH. Así mismo, existen pautas dirigidas específicamente a alumnado de Educación Primaria. A la hora de aplicar estas orientaciones, hay que tener en cuenta que cada alumno es diferente, por lo que la respuesta debe ajustarse a las necesidades educativas individuales, tomando como referente la evaluación psicopedagógica realizada. No hay que esperar a tener un diagnóstico para empezar a adoptar las medidas que puedan ir dando respuesta a las necesidades del alumnado (CREENA, 2012).

Resulta clarificadora la siguiente formulación con respecto a los alumnos con TDAH: “Ayudar significa: Si no sabe, enseñar, si no quiere, motivar, si no puede, apoyar” (ADAHigi, AHIDA, ANADAHI, 2006, p.25).

A continuación presentamos las orientaciones generales que propone CREENA (2012):

- *Organizativas y metodológicas:*
 - *Entorno físico:*
 - Reducir distractores: evitando estímulos dentro del campo visual así como sonoros.
 - Distribución del alumnado: disponer de áreas para trabajo en grupo, individual, de pie, en el suelo, así como de un espacio estratégico entre compañeros que puedan guiarle y ayudarle.
 - *Propuestas didácticas:*
 - Flexibilizar y adaptar los métodos de trabajo para favorecer el éxito académico del alumnado: proponer actividades motivadoras, de su interés, donde tenga que participar de manera activa tanto individualmente como en grupo.
 - *Organización y desarrollo de las sesiones:*
 - Previo a la sesión:

- Dedicar las primeras horas para áreas que requieren más esfuerzo intelectual y las últimas para las que requieran menos concentración.
- Preparar las sesiones con contenidos definidos a través de actividades variadas para poder captar mejor su atención.
- Iniciando la sesión:
 - Verificar que el alumno/a dispone del material necesario.
 - Captar su atención gesticulando y con un tono de voz bajo, comenzando con un esquema o guión de lo que se va a trabajar.
- Explicaciones e instrucciones de trabajo durante la sesión:
 - Pautar las actividades (explicamos-trabajamos-explicamos-trabajamos...) donde dichas explicaciones serán breves y claras, así como acompañadas de modelos.
 - Presentar claramente la idea principal, así como los conceptos clave e ir poco a poco asegurándonos de la comprensión por parte del alumnado.
- Finalización de la sesión:
 - Realizar un resumen con la interacción con el alumnado, revisando lo trabajado y apuntando lo que queda por hacer.
- *Aspectos relacionados con el comportamiento:*
 - Establecimiento de normas y límites que regulen el funcionamiento del aula: serán normas claras de las que se consensuarán las consecuencias de su incumplimiento.
 - Uso de herramientas básicas para el control del comportamiento: prevenir situaciones, dar órdenes claras y firmes, ignorar lo incorrecto y reforzar lo adecuado, reflexionar sobre lo desajustado u

- *Aspectos socio-emocionales*
 - Baja tolerancia a la frustración: prevenir la frustración que tienden a presentar.
 - Trabajar para que no decaiga su autoestima
 - Dificultades en las relaciones sociales: trabajar sus habilidades sociales.
- *Pautas para la respuesta educativa en Educación Primaria* (CREENA, 2012).
 - *Educación Primaria*

Según el Decreto Foral 24/2007, de 19 de marzo “la finalidad de la Educación Primaria es proporcionar a todos los niños y niñas una educación que permita afianzar su desarrollo personal y su propio bienestar, adquirir habilidades relativas a la expresión y comprensión oral, a la lectura, a la escritura y al cálculo, así como desarrollar habilidades sociales, hábitos de trabajo y estudio, el sentido artístico, la creatividad y la afectividad”.

“Los alumnos con TDAH, debido a sus características, pueden tener dificultades para alcanzar el fin descrito anteriormente. Por ello, es importante utilizar pautas específicas en nuestra labor docente que faciliten al niño alcanzar los objetivos propios de esta etapa, y proporcionen a todo el alumnado las mismas posibilidades educativas para enfrentarse a la siguiente etapa (CREENA, 2012, p. 22):

Tabla 2. Pautas para el profesorado de Educación Primaria.

Para trabajar la FALTA DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Crear un entorno físico y ambiente estructurado • Organizar las tareas a realizar y materiales a utilizar • Asegurarse de que ha entendido la actividad • Controlar el tiempo dedicado a las actividades • Desarrollar periodos de concentración cada vez más largos • Ayudar a planificar su vida escolar • Aumentar su motivación y capacidad de esfuerzo
Para trabajar la HIPERACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la inquietud y el exceso de movimientos inapropiados • Fomentar la actividad controlada • Controlar los estímulos • Afrontar situaciones generales de manera óptima
Para trabajar la IMPULSIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Definir las normas • Favorecer el autocontrol • Premiar las acciones adecuadas e ignorar las inadecuadas • Aumentar su capacidad de reflexión

Según la Orden foral 65/2012, y más concretamente, según el Artículo 5, “Medidas generales de Atención educativa en el aula: aspectos metodológicos y evaluación”, que se centra en la respuesta educativa enmarcada dentro del aula, se regula la respuesta que se ha de dar al alumnado con TDAH. En dicho artículo, se especifica que corresponde al equipo docente la toma de decisiones relativas a las medidas de ajuste educativo con el alumnado que presente necesidades específicas de apoyo educativo asociadas a TDA-H. El profesorado tutor tiene que llevar a cabo el seguimiento sistemático del alumnado para prevenir y detectar las posibles dificultades y necesidades de éste, y para supervisar la atención educativa correspondiente. En definitiva, es el profesor tutor quien debe, en primera instancia, mantener el contacto con las familias. Así mismo, el profesorado debe tener en cuenta que el alumnado con alguna necesidad específica de apoyo educativo asociada a TDA-H precisa ajustes metodológicos en los procesos de enseñanza-aprendizaje que se producen en las aulas, y que entre otras cosas afectarán a la organización de éstas, a la distribución del alumnado, al ajuste curricular y a las estrategias didácticas. Del mismo modo, se han

de realizar las adaptaciones que permitan y faciliten el acceso del alumnado a los contenidos de las diferentes áreas, materias o módulos en distintos tipos de soportes y formatos utilizados en los procesos de enseñanza y aprendizaje. También ha de propiciar la utilización de metodologías variadas y que permitan mayor autonomía, participación y autorregulación del alumno en la realización de las diferentes actividades (aprendizaje por proyectos, grupos cooperativos, aprendizaje-servicio, aplicación de las TIC en las aulas, etc.), que favorezcan aprendizajes motivadores, significativos y vivenciales.

En consecuencia, se tienen que llevar a cabo adaptaciones en los procedimientos de evaluación del aprendizaje, con la finalidad de posibilitar las mejores condiciones de obtención de la información acerca del aprendizaje del alumnado en lo relativo a los contenidos de cada área, materia o módulo. Las medidas para adecuar la evaluación de este alumnado harán referencia tanto al uso de distintos tipos de pruebas de evaluación como a otros aspectos directamente relacionados con ella, entre las que podemos resaltar: informar de la realización de las pruebas con antelación suficiente, combinar pruebas orales y escritas, tanto en respuestas tipo test, preferentemente, como en respuestas más abiertas que exijan más redacción, destacar en el enunciado de las preguntas las palabras clave, permitir que el alumnado disponga de más tiempo para terminar el examen si lo precisa, verificar que el alumno entiende las preguntas y aclarar sus dudas al respecto, supervisar si ha respondido a todas las preguntas antes de entregar el ejercicio, valorar de algún modo el esfuerzo realizado, etc.

Con la legislación ya vigente, la respuesta educativa adaptada a cada alumno ha dejado de ser una decisión del tutor, para convertirse en un derecho del alumnado.

A groso modo, con un niño o una niña diagnosticada de TDAH tienen que tener lugar una serie de intervenciones en los siguientes aspectos (afectan directamente a estos niños y estas niñas) (Miranda, 2011): en el lenguaje y la comunicación, en el rendimiento escolar, en los problemas socioemocionales, en el contexto familiar y en el contexto escolar.

Todas ellas están enmarcadas dentro de los contextos de desarrollo de estos niños y estas niñas, que son los siguientes: familiar, escolar, grupo de iguales, profesorado y resto de personal.

- *Estrategias de intervención en las dificultades específicas de aprendizaje* (CREENA, 2012):
 - Lenguaje:
 - Lectura.
 - Comprensión escrita.
 - Escritura:
 - Expresión escrita.
 - Matemáticas.
 - Numeración y cálculo.
 - Resolución de problemas.
- *Estrategias y pautas para exámenes y evaluaciones* (CREENA, 2012), que aparecen divididas en la Guía en las siguientes partes: antes, durante y después.

1.6. La práctica docente. La importancia de la figura del profesor para el alumnado con TDAH.

“El maestro desempeña un papel muy destacado”, desde la identificación de las primeras señales del trastorno. “De alguna manera, el contexto de la clase se asemeja a una prueba neuropsicológica, ya que los alumnos deben mantener la atención de forma sostenida, se requiere constancia y organización, autocontrol de impulsos y permanecer quieto por periodos amplios; es decir, poner en práctica aspectos cognitivos que en el caso del TDAH se hayan alterado. Por tanto, el maestro podrá observar los síntomas y características que definen al trastorno e informar a los padres de la necesidad de una evaluación especializada”. Su información puede ser la primera señal de alarma, incluso antes que la de los padres, ya que el maestro puede observar al niño en unas condiciones en que es más fácil que se exprese el TDAH y, además, tiene la posibilidad de ver constantemente cuál es el patrón de funcionamiento normal. Este papel central no sólo se produce en la educación primaria, sin embargo, años atrás no se daba importancia a estos síntomas y muchos niños con TDAH han llegado a la edad adulta sin que su enfermedad haya sido diagnosticada (Mena et al., 2006, p.44).

Con anterioridad, se han explicitado algunas orientaciones generales, así como pautas referidas específicamente a alumnado de Educación Primaria. El profesor, junto con los padres, es una pieza clave a la hora de encauzar el comportamiento del alumno con TDAH y minimizar los efectos de sus síntomas con el fin de mejorar su aprendizaje, sus habilidades sociales y su autoestima. Con todas esas consideraciones, el profesorado podrá tener la posibilidad de alcanzar un correcto desarrollo escolar; no se trata de bajar el nivel de exigencia para este alumnado, sino de implantar unas técnicas de modificación conductual y de intervención en el aula adaptadas a sus necesidades específicas. De esta manera, exponen que se le podrá ayudar a combatir sus síntomas y las conductas que se derivan de ellos, evitando que cometa errores por descuido, y siendo capaz de terminar sus tareas adecuadamente, disminuyendo al mismo tiempo su mal comportamiento. Todo ello conllevará la mejora de su rendimiento académico y su integración con los compañeros, propiciando un buen ambiente general en el aula (FEAADAH, s.f., p.14-15).

En la siguiente tabla se presentan las diferentes reacciones de los profesores ante la conducta del niño, dependiendo de su conocimiento o desconocimiento de que el niño tiene TDAH (Orjales 2009):

Tabla 3. Reacciones del profesorado ante distintas conductas del niño

ANTE UNA CONDUCTA DEL NIÑO CON TDAH COMO...	REACCIÓN DEL PROFESOR QUE NO SABE QUÉ ES EL TDAH	REACCIÓN DEL PROFESOR QUE SÍ SABE QUÉ ES Y CÓMO AFECTA EL TDAH
El niño dice que se le han olvidado los deberes en casa.	Interpreta que es una excusa, porque no los ha hecho ("Me toma el pelo"). Reacción: CASTIGO. PUNTO NEGATIVO Y NOTA EN LA AGENDA.	Se plantea que es posible el olvido, le llama la atención y le pregunta qué va a hacer para no olvidárselos la próxima vez. Reacción: le da la oportunidad de traerlos al día siguiente y se pone en contacto con la madre para ayudarle en la forma de controlar esa situación. Por ejemplo, plantean un modo de CONTROLAR SU AGENDA.
Empuja en la fila.	"Tiene mala idea, quiere ser el primero, es un egoísta". Reacción: CASTIGO. REGAÑINA EN PÚBLICO. BAJARÁ MÁS TARDE AL RECREO.	"Le falta autocontrol. Tengo que entrenarle, le llevaré de la mano o le obligaré a ir el último al bajar, y si cumple bien le dejaré el primero al subir". Reacción: FELICITACIÓN SI CUMPLE LO PACTADO. SI INCUMPLE, SE COLOCA EL ÚLTIMO EN ESE MOMENTO (SIN REPROCHE).
Dice haber olvidado en casa el trabajo que había que entregar hoy como último día.	"Es un caradura, siempre poniendo excusas". Reacción: CASTIGO. PUNTO NEGATIVO.	"Es posible que se lo haya dejado, aunque quizá me esté tomando el pelo. Haré una cosa; le daré una oportunidad que no le permita salirse con la suya en caso de que esté mintiendo: "si mañana traes el trabajo con un justificante de tu madre

	QUEJAS A LOS PADRES.	diciendo que lo habías hecho para ayer, lo admitiré, por esta vez, dentro del plazo”. Reacción: DARLE UNA NUEVA OPORTUNIDAD SI SE COMPRUEBA QUE NO ES UNA EXCUSA.
Se levanta constantemente.	“Con este niño no hay manera. Le digo que esté quieto y no me obedece. Hace lo que le da la gana”. Reacción: REPRIMENDAS CONSTANTES Y CASTIGO.	“Hoy está demasiado inquieto, no puede parar. Esperaré a que esté haciendo algo adecuado para enviarle a un recado. Cuando vuelva y se ponga a trabajar le sonreiré y le guiñaré un ojo para que se mantenga más rato en su sitio”. Reacción: DARLE UN RESPIRO, ENTRENARLE Y REFORZARLE.
Se cae de la silla.	“¡Ya está haciendo el payaso otra vez!”. Reacción: CASTIGO. IRA VER AL COORDINADOR. QUEJAS DE LOS PADRES.	“Le llamaré a mi mesa y le diré que deje la silla a un lado y trabaje un rato de pie. No se controla”. Reacción: DARLE UN RESPIRO. TOMAR MEDIDAS PARA QUE SU HIPERACTIVIDAD MOTRIZ NO PERJUDIQUE A SUS COMPAÑEROS.
No termina las tareas.	“Es un vago redomado. No hace nada en toda la mañana, y cuando le digo que se va a quedar sin recreo lo termina en un minuto. Eso demuestra que, cuando quiere, lo puede hacer perfectamente”. Reacción: CASTIGO CON DOBLE TAREA Y UNA NOTA NEGATIVA PARA CASA.	“No aguanta concentrado más de dos ejercicios, y luego se despista y tarda una eternidad en reanudar las tareas. Cuando suene el timbre es cuando recuerda que tiene que volver al trabajo, y lo termina, pero hecho una chapuza. Mejor voy a decirle que me enseñe el trabajo cada dos ejercicios, a ver si así los termina todos. Además, cada vez que termine todo a tiempo le voy a poner una nota positiva en la agenda. Poco a poco exigiré cada vez más trabajo”. Reacción: CONTROLARLE CON MÁS FRECUENCIA Y REFORZARLE UNA VEZ QUE HA TERMINADO CON LA TAREA.
Hace bien la caligrafía en casa, pero en las fichas de clase la letra es un desastre.	“Hace la letra bien cuando quiere. Le haré repetir la ficha entera, a ver si así se esfuerza. Es un vago”. Reacción: CASTIGO CON MÁS TRABAJO.	“Cuando sólo tiene que atender a una tarea (copiar), escribe bien; pero cuando tiene que atender a varias tareas al tiempo (por ejemplo en un dictado o al contestar a una ficha) su letra se distorsiona. Voy a hablar con él y buscaremos la forma de reforzarle cuando se esfuerce realizando una buena letra en clase”. Reacción: BUSCAR LA FORMA DE ENTRENAR ESA HABILIDAD.

La actitud que tenga el equipo docente es muy importante para el alumnado con TDAH. La respuesta educativa adaptada para cada alumno es hoy un derecho de éste, por lo que cuanto más amplio sea el conocimiento del trastorno, mejor respuesta educativa podrá ofrecérsele. En definitiva, junto con la familia, el profesorado es un ejemplo para el niño, por lo que la actitud que muestre será un modelo. Su papel, ante las diversas dificultades, es animarle y ayudarlo a evolucionar.

1.7. Legislación de referencia

Vamos a hacer referencia a distintas normativas que regulan la atención que debe darse al alumnado con TDAH de ámbito nacional y autonómico.

La ley Orgánica 2/2006, de Educación, de 3 de mayo, señala que uno de los principios de dicha ley es “conseguir que todos los ciudadanos alcancen el máximo desarrollo posible de todas sus capacidades, individuales y sociales, intelectuales, culturales y emocionales, para lo que necesitan recibir una educación de calidad adaptada a sus necesidades. Al mismo tiempo, se les debe garantizar una igualdad efectiva de oportunidades, prestando los apoyos necesarios, tanto al alumnado que lo requiera como a los centros en los que están escolarizados. En suma, se trata de mejorar el nivel educativo de todo el alumnado...”. En su Título II “Equidad en la Educación”, establece en el artículo 71. que “corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado”. Hasta aquí podría decirse que el Estado está incluyendo al alumnado con TDAH, pero desde este documento, cada comunidad autónoma debe seguir trabajando.

En Navarra, la Orden Foral 93/2008, de 13 de junio, regula la atención a la diversidad de aplicación en los centros educativos de Educación Infantil y Primaria y Educación Secundaria de la Comunidad, donde incluye al alumnado que presenta necesidades educativas especiales (Capítulo III), alumnado con altas capacidades (Capítulo IV) y alumnado de incorporación tardía en el sistema educativo y/o condición sociocultural desfavorecida (Capítulo V). La atención al alumnado con TDAH no queda recogida explícitamente.

Al hacerse necesaria la regulación de la atención al alumnado con TDAH, desde la Consejería de Educación se aprobó el pasado año la *Orden Foral 65/2012*, de 18 de junio. En su propio preámbulo, se indica lo que acabamos de comentar; la Orden Foral anteriormente citada pretende ser un “complemento” a la Orden Foral 93/2008,

puesto que “se hacía necesaria la regulación de las medidas de atención educativa al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos de aprendizaje (TA) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA-H)”. Como podemos observar, también atiende, además de al alumnado con TDAH a alumnado con NEAE derivadas de trastornos de aprendizaje, puesto que este alumnado también quedaba sin incluirse en la Orden Foral 93/2008. La Orden Foral 65/2012, del 18 de junio, expone: “el Departamento de Educación dispondrá los medios necesarios para hacer que el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de TA y TDA-H alcancen el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general y consigan con éxito su desarrollo integral en igualdad de oportunidades, a partir de una enseñanza adecuada, apoyo y seguimiento durante su escolarización. Con esta finalidad, y al amparo que ofrecen los mecanismos dispuestos en las correspondientes normativas que regulan la evaluación de las etapas objeto de la presente Orden Foral, se ordenan las siguientes medidas relativas a la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo derivadas de TA y TDA-H, de aplicación en los centros de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional de la Comunidad Foral de Navarra”.

En dicha Orden Foral se definen las medidas de respuesta en distintas etapas educativas, desde Educación Infantil hasta Formación Profesional. Gracias a esto, hoy en Navarra, el alumnado con TDAH queda respaldado de una manera más amplia, puesto que a diferencia de lo que ocurría antes, la atención educativa específica al alumnado con TDAH se ha convertido en *un derecho*.

Con anterioridad, en el presente documento, ya se ha hecho referencia a esta Orden Foral que aquí tratamos, sobre al Artículo 4, referido a la detección, identificación y evaluación de las NEAE derivadas del TDAH, por lo que no es necesario insistir en ello. A continuación vamos a centrarnos en el “Artículo 3. *Principios de actuación y respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo derivadas de TA y TDAH*”.

En dicho artículo, se establece que los centros serán los encargados de elaborar un Plan de Atención a la Diversidad en el que se incluyan las diferentes modalidades y

decisiones relativas al apoyo educativo de este alumnado. Así, los centros educativos organizarán y aplicarán las diferentes medidas de atención personalizada para proporcionar la respuesta más ajustada a las necesidades educativas, generales y particulares, bajo los principios de normalización, equidad e inclusión.

La Orden Foral 93/2008, establecía que la detección de las necesidades específicas de apoyo educativo se han de realizar lo más tempranamente posible con el fin de prevenir desajustes en el aprendizaje y adoptar las medidas educativas adecuadas a las necesidades del alumnado, y además, en la Orden a la que nos estamos refiriendo, se señala que esto se ha de realizar también en el caso del alumnado con TA y TDA-H. Se ha de proporcionar, por lo tanto, una adecuación óptima de los procesos educativos. En lo que a Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria se refiere, la intervención educativa se centrará en los síntomas nucleares del trastorno y otros ámbitos afectados, mientras que en segundo y tercer ciclo de Educación Primaria, una vez establecidas las dificultades específicas de aprendizaje en la evaluación psicopedagógica, se adecuarán los procesos educativos. Además, en ambos casos, se valorará la necesidad del apoyo inclusivo de los especialistas en pedagogía terapéutica y en audición y lenguaje, según un modelo flexible de horario lectivo semanal.

Así mismo, será fundamental el trabajo colaborativo con las familias y en su caso, con las asociaciones. Los programas de detección, intervención y prevención se iniciarán desde Educación Infantil e irán dirigidos a mejorar síntomas conductuales y estimular los aprendizajes iniciales y preparatorios. En Educación Primaria irán dirigidos a detectar a los escolares que no superen sus dificultades con esta intervención de carácter preventivo, identificando sus necesidades educativas específicas. La intervención de forma prioritaria se desarrollará en el aula ordinaria, cuidando de forma especial la vinculación del alumno con su grupo. La respuesta a este alumnado debe encuadrarse dentro de las medidas de atención a la diversidad que se desarrollen en los centros.

Para finalizar, en el artículo se expone que la respuesta a las necesidades específicas de apoyo educativo por presentar TDA-H, deberá incluir, de forma prioritaria, modificaciones de la propuesta curricular del alumno o la alumna que no llegan a ser significativas con respecto a la programación del aula (fundamentalmente

adecuaciones metodológicas y en los procedimientos de evaluación), además de otras posibles medidas y propuestas organizativas, en el marco de la autonomía de los centros para organizar los recursos.

No obstante, con la Orden Foral a la que hemos hecho referencia, hoy quedan definidas las medidas de respuesta en distintas etapas educativas, entre las que se encuentra Educación Primaria; los padres de alumnado con TDAH tienen pueden exigir que se atienda dicha afección. En base a las instrucciones del 10 de Marzo de 2010 y recientemente en las instrucciones del 20 de Abril de 2012, Ruiz (2012) señala que *no necesitamos el diagnóstico para aplicar las medidas educativas necesarias*.

Visto esto, vamos a exponer un mapa de nuestra península que ha presentado la FEEDAHA reflejando si en las distintas comunidades autónomas existe atención al alumnado con TDAH. Concretamente, en la leyenda podemos encontrar tres situaciones diferentes:

- CASO 1. Comunidades con Protocolos de actuación tanto en sanidad como en educación (color fucsia).
- CASO 2. Comunidades con Protocolos de actuación solamente en uno de los dos casos, en sanidad o en educación (color lila claro).
- CASO 3. Comunidades que incluyen expresamente el TDAH en la normativa jurídica que regula las Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE) (en lugar de un color específico, aparece simbolizado con un dibujo “normativa jurídica”).

Como se puede observar, encontramos diversas desigualdades territoriales. Vamos a sintetizar la información que nos ofrece este mapa en la siguiente tabla:

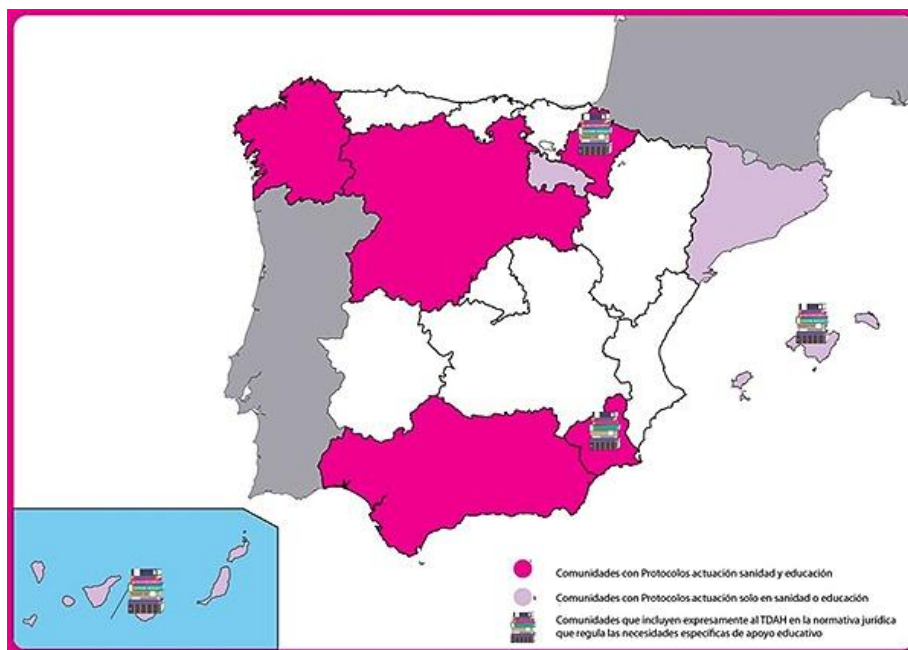


Tabla 4. Comunidades Autónomas españolas y sus Protocolos De Actuación

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	ACTÚAN TANTO EN SANIDAD COMO EN EDUCACIÓN	ACTÚAN SOLAMENTE EN SANIDAD O EN EDUCACIÓN	INCLUYEN EXPRESAMENTE EL TDAH EN LA NORMATIVA JURÍDICA DE LAS NEAE
Navarra	X		X
Murcia	X		X
Galicia	X		
Castilla y León	X		
Andalucía	X		
Baleares		X	X
Canarias			X
La Rioja		X	
Cataluña		X	
Asturias			
Cantabria			
País Vasco			
Extremadura			
Madrid			
Aragón			
Castilla La Mancha			
Comunidad Valenciana			

La conclusión es que a día de hoy, hay un grupo de comunidades autónomas que aún no han emitido protocolos de actuación para atender a las personas afectadas por el TDAH. En lo que se refiere a nuestra comunidad autónoma, podemos decir que el alumnado con TDAH en Navarra se encuentra con una regulación adecuada, pero al igual que en el resto de comunidades, se ha de continuar trabajando.

Como ejemplo de los avances que poco a poco se van logrando, tenemos una noticia reciente, la cual expone que el TDAH ya tiene un “Expert White Paper” europeo, siendo España la que lidera la petición oficial a la OMS de un Día Mundial dedicado al trastorno (Anexo II).

2. PARTE EMPÍRICA

2.1. Material y métodos

2.1.1. Procedimiento y objetivos

La aplicación de los conocimientos teóricos a la práctica educativa se ha realizado mediante la observación de las características de algunos alumnos con diagnóstico de TDAH en un entorno escolar concreto.

El objetivo de la observación ha sido el análisis de la intervención educativa que se lleva a cabo por un lado en el ámbito familiar y por otro, en el ámbito. Un segundo objetivo ha sido conocer las percepciones que tanto las familias como los profesores tienen del desempeño de los alumnos con TDAH.

Por último, se ha elaborado una propuesta de mejora/intervención.

2.1.2. Participantes

En el estudio de casos prácticos se analizaron dos alumnos en la misma edad escolar, concretamente, 2º curso de Educación Primaria, ambos diagnosticados de TDAH. Siempre se va a hacer referencia a los casos en modo masculino, al igual que al profesorado, para salvaguardar la confidencialidad.

2.1.3. Instrumentos

El instrumento que se utilizó fueron dos cuestionarios de elaboración propia, uno para cumplimentar por las familias, y otro, por los profesores-tutores de su centro escolar, en los que se analizaba, tanto los hábitos de estudio de los niños como las áreas en las que presentaban más capacidades y dificultades, estimaciones del tiempo de atención eficaz en distintas áreas, y diversos aspectos. El cuestionario completo se recoge en el Anexo III y Anexo IV.

2.2. Resultados

En un primer análisis de los resultados de la observación y de las respuestas obtenidas en los cuestionarios, se puede señalar que partimos de dos casos que aunque comparten un ámbito escolar similar, presentan grandes diferencias.

Vamos a analizar en primer lugar el caso A, y a continuación el caso B, y finalmente, observaremos cómo se trabaja y que estrategias se utilizan, citando de manera global similitudes y diferencias entre los dos casos. Se presentan en cada caso las respuestas obtenidas, a cuestiones similares, por los padres y por los profesores, a fin de que se puedan apreciar las diferencias de valoración entre ambos contextos.

2.2.1. Caso A

Tabla 5. Resultados del Caso A

ÁMBITO FAMILIAR	ÁMBITO ESCOLAR (Profesor-tutor)
FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO: personal médico.	FORMACIÓN ESPECÍFICA DEL PROFESOR TUTOR PARA TRABAJAR CON ALUMNADO CON TDAH: - Curso: “Trastornos del Aprendizaje”, en 1980 en la Universidad de Navarra. - curso de especialización del MEC titulado “Pedagogía Terapéutica”.
APOYO FUERA DEL CENTRO ESCOLAR: No recibe ningún apoyo específico fuera del centro escolar.	APOYO FUERA DEL AULA ORDINARIA: ninguno ADAPTACIONES en: - Criterios de evaluación - Metodología.
	AREAS EN LAS QUE PRESENTA MÁS DIFICULTADES: Escritura. ÁREAS EN LAS QUE PRESENTA MENOS DIFICULTADES Lectura.
TIEMPO DE ATENCIÓN EFICAZ: - En actividades que le motivan: 30-45 minutos. - En actividades que no le motivan: 5 minutos.	TIEMPO DE ATENCIÓN EFICAZ (por áreas): Lengua Castellana, 15 minutos Matemáticas, 15 minutos Euskera, 15 minutos,

	Música, 15 minutos Inglés, 15 minutos Conocimiento del Medio, 30 minutos Plástica, 30 minutos.
TAREAS: Necesita supervisión para hacerlo. Tiempo diario de realización de tareas/día (15 min – 30 min – 60 min – más de 60 min): Entre 30 y 60 minutos.	TAREAS: ¿Le manda la misma cantidad de ejercicios que al resto del alumnado? Casi siempre/siempre Tiempo necesario para hacer lo que se le manda/día (15 min – 30 min – 60 min – más de 60 min): 60 minutos
MEDICACIÓN: No toma medicación, puesto que afirman que los efectos secundarios negativos eran superiores al beneficio obtenido.	DIFERENCIAS SI SE TOMA O NO MEDICACIÓN Nota diferencias si se toma la medicación “principalmente en la realización de trabajos escritos, como fichas y actividades”. Afirma que “aumenta la capacidad de atención”.
AUTOESTIMA (Baja 1 – 4 Alta): 3	AUTOESTIMA (Baja 1 – 4 Alta): 3
RELACIONES PERSONALES (Baja 1 - 4 Alta): Con sus iguales: 4 Con su familia: 4	RELACIONES PERSONALES (Baja 1 – 4 Alta): Con sus iguales: 3 Con adultos y profesorado: 3
HÁBITOS FUERA DEL HORARIO ESCOLAR: <ul style="list-style-type: none"> Hace ejercicio al menos 3 días por semana. Se le involucra de algún modo en alguna actividad de grupo . Reforzar sus aspectos positivos . Refuerzo positivo: cuando hace algo bien se lo resaltamos. La condición positiva (ejemplo: si quieres salir de casa, primero tienes que hacer los deberes”). No prestarle atención cuando algo no es adecuado. Descansamos cada cierto tiempo entre las actividades. Rutinas (se mantienen horarios estables): de lunes a viernes y también el fin de semana. 	<p>ESTRATEGIAS</p> <p>Para captar su atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> Crear un entorno físico y ambiente estructurado (normas, rutinas...). Asegurarse de que ha entendido las actividades. Aumentar su motivación y capacidad de esfuerzo (actividades variadas, en grupo, realizar refuerzos ante conductas deseadas...). <p>Para manejar la hiperactividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Controlar la inquietud y el exceso de movimientos inapropiados. Fomentar la actividad controlada. Controlar los estímulos. <p>Para manejar la impulsividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definir las normas del aula, personales... Favorecer el autocontrol. Premiar las acciones adecuadas e ignorar las inadecuadas. Aumentar su capacidad de reflexión (que sea consciente de sus actos y sus consecuencias, analizar errores...).

2.2.2. Caso B

Tabla 6. Resultados del Caso B

ÁMBITO FAMILIAR	ÁMBITO ESCOLAR (Profesor-tutor)
FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO: En este caso, les ha facilitado formación/información sobre el TDAH el personal médico.	FORMACIÓN ESPECÍFICA DEL TUTOR PARA TRABAJAR CON ALUMNADO CON TDAH: No ha recibido formación específica.
APOYO FUERA DEL CENTRO ESCOLAR: Recibe apoyo de logopedia dos días a la semana en sesiones de 30 minutos.	APOYO FUERA DEL AULA ORDINARIA: Recibe apoyo individual 3 horas por semana. ADAPTACIONES en: Metodología.
	AREAS EN LAS QUE PRESENTA MÁS DIFICULTADES: Escritura, Euskera e Inglés. ÁREAS EN LAS QUE PRESENTA MENOS DIFICULTADES: Lectura y Conocimiento del Medio.
TIEMPO DE ATENCIÓN EFICAZ: - En actividades que le motivan: 60 minutos. - En actividades que no le motivan: 30 minutos.	TIEMPO DE ATENCIÓN EFICAS (por áreas): Lengua Castellana, 15 minutos Matemáticas, 15 minutos Euskera, 10 minutos Música, 10 minutos Inglés, 10 minutos Conocimiento del Medio, 15 minutos Plástica, 10 minutos
TAREAS: - Necesita apoyo para organizarse pero luego lo ejecuta solo/a. → en ocasiones - Necesita supervisión para hacerlo Tiempo diario de realización de tareas/día (15 min – 30 min – 60 min – más de 60 min): entre 30 y 60 minutos.	TAREAS: ¿Le manda la misma cantidad de ejercicios que al resto del alumnado?: Frecuentemente. Tiempo necesario para hacer lo que se le manda/día (15 min – 30 min – 60 min – más de 60 min): 60 minutos.
MEDICACIÓN: Sí toma medicación.	DIFERENCIAS SI SE TOMA O NO MEDICACIÓN: Nota diferencias si se toma la medicación “sobre todo entre las primeras horas de la mañana, donde tiene más capacidad para terminar actividades, y las últimas de la tarde, donde es más complicado trabajar”.
AUTOESTIMA (Baja 1 – 4 Alta): 2.	AUTOESTIMA (Baja 1 – 4 Alta): 1.
RELACIONES PERSONALES (Baja 1 - 4 Alta): Con sus iguales: 3 Con su familia: 4	RELACIONES PERSONALES (Baja 1 - 4 Alta): Con sus iguales: 3 Con su familia: 3
HÁBITOS FUERA DEL HORARIO ESCOLAR: • Reforzar sus aspectos positivos. • Refuerzo positivo: cuando hace algo bien se lo resaltamos. • La condición positiva (ejemplo: si quieres salir de casa, primero tienes que hacer los deberes”). • Estudia todos los días al menos media hora. • Descansamos cada cierto tiempo entre las actividades. • Rutinas (se mantienen horarios estables):	ESTRATEGIAS Para captar su atención: • Crear un entorno físico y ambiente estructurado (normas, rutinas...). • Organizar las tareas a realizar y materiales a utilizar. • Ayudar a planificar su vida escolar (recordarle fechas importantes, ayudarle a supervisar sus cosas, a apuntar tareas...). • Aumentar su motivación y capacidad de esfuerzo (actividades variadas, en grupo, realizar refuerzos ante conductas deseadas...).

de lunes a viernes y también el fin de semana.	Para manejar la hiperactividad: <ul style="list-style-type: none"> • Controlar la inquietud y el exceso de movimientos inapropiados. • Controlar los estímulos.
	Para manejar la impulsividad: <ul style="list-style-type: none"> • Definir las normas del aula, personales... • Aumentar su capacidad de reflexión (que sea consciente de sus actos y sus consecuencias, analizar errores...).

2.3. Discusión y Propuesta de Intervención

2.3.1. Discusión

Comenzaremos hablando del tiempo de atención eficaz. En el TDAH se dan tres síntomas nucleares: impulsividad, hiperactividad y por último, déficit de atención, donde el concepto “tiempo de atención eficaz” es muy importante (se trata del tiempo que una persona es capaz de mantener la atención, que varía en función de la motivación intrínseca que exista ante una determinada actividad o estímulo). En los dos casos estudiados, y según la estimación de cada familia, en actividades que les motivan, este tiempo se sitúa entre los 30 y los 60 minutos (Caso A, 30-45 minutos y Caso B, 60 minutos). En cambio, en actividades que no les motivan, se sitúa entre los 5 y 30 minutos (Caso A, 5 minutos, Caso B, 30 minutos).

Consideramos relevante en Conocimiento del Medio ambos sujetos presentan un tiempo de atención eficaz bastante más alto; se aproximan incluso al tiempo de atención eficaz máximo de cada caso, que se da en tareas que les motivan. Incluso en el caso B, el profesor-tutor marca especialmente Conocimiento del Medio, junto con la lectura, como un área en la que presenta menos dificultades. La metodología que suele emplearse en esta área es el *Trabajo por Proyectos*, por lo que sería interesante indagar qué resultados se obtendrían en otras áreas si también se emplease esta metodología. Por otra parte, puede que la propia materia que se trabaja en esta área esté enmarcada más que otras dentro de sus propios intereses. En el área de Educación Artística, concretamente en la parte de Plástica que el tiempo de atención eficaz sobre todo en el Caso A, se acerca al tiempo de atención eficaz máxima que se da en actividades que le motivan.

Los idiomas (Euskera e Inglés) son también áreas en las que el alumnado presenta dificultades. De hecho, en el caso B, el profesor los selecciona junto con la escritura como las áreas en las que el alumno presenta más dificultades y en el caso A, atienden a presentar el tiempo de atención eficaz mínimo que presenta en el conjunto de áreas.

CREENA (2012) expone que existen otros trastornos independientes asociados al trastorno, lo que se denomina comorbilidad. En este caso, cabe destacar en primer lugar el desarrollo socio-emocional y en segundo lugar, Dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA). En lo que al desarrollo socio-emocional se refiere, nos hemos centrado en las relaciones sociales que tiene cada niño. Los niños afectados por este trastorno suelen tener dificultades a la hora de relacionarse con otras personas, pero en los casos estudiados, los resultados indican que estos alumnos no tienen excesivas dificultades (en una escala del 1 al 4, solo encontramos puntuaciones del 3 al 4). Resulta llamativo que en los dos casos la valoración que hace la familia en lo que se refiere a las relaciones del alumno con otras personas no coinciden del todo con la del profesor-tutor. En ambos casos ocurre que la familia considera su capacidad de relacionarse con otros adultos es mayor/mejor que la que considera el profesor que tiene.

En el caso A, también la familia considera su capacidad de relacionarse con sus iguales mejor que lo que la considera el profesor. En lo que a las DEA se refiere, estos alumnos presentan, según sus profesores-tutores, más dificultades sobre todo en la escritura (en el Caso B también señalan las lenguas, euskera e inglés), y menos dificultades en la lectura, lo que coincide con la información de CREENA (2012), que afirma que es frecuente que tengan dificultades a la hora de codificar y comprender la información que se les presenta por escrito, pero parece ser que en estos casos no ocurre como suele darse generalmente. En cambio, resulta llamativo que en ambos casos la escritura es en lo que presentan menos dificultades.

Es frecuente que todas estas dificultades vayan acompañadas de una baja autoestima por parte del alumno. En el caso A, el profesor-tutor y la familia valoran su autoestima entre un 3 y un 4 (en una escala del 1 (baja) al 4 (alta)). En cambio, en el caso B, sí que valoran su autoestima como baja, puesto que la puntúan entre un 1 y un 2 de acuerdo

a la misma escala. Es curioso que, al igual que ocurría con la valoración de sus relaciones interpersonales, la familia puntúa más que el profesorado (la familia puntúa con un 2 y el profesor con un 1). Tal como se expone en el marco teórico, es frecuente encontrar niños y niñas con TDAH que presentan baja autoestima, lo que es comprensible debido a las dificultades escolares que normalmente los alumnos con TDAH presentan, así como a las dificultades en sus relaciones sociales, y a los mensajes que recibe de desaprobación y rechazo. Con todos estos problemas, es bastante factible que acaben sufriendo problemas emocionales como nerviosismo, tristeza, pesimismo, agotamiento e irritabilidad, lo que puede terminar afectando a su autoestima y a su estado emocional.

En ambos casos, se supone que la valoración de los profesores-tutores sobre el autoestima y las relaciones personales es más objetiva, puesto que por un lado tienen muchas más opciones de poder comparar con otro alumnado los distintos aspectos a valorar y por otro, en principio, el vínculo emocional con el alumno no es tan cercano como en el caso de la familia.

La respuesta educativa, tal y como se ha estudiado, debe estar basada en un tratamiento combinado, también multidisciplinar. El tratamiento farmacológico, es una herramienta más para remitir los síntomas básicos del trastorno, por lo que en cada caso, hay que estudiar si es oportuna o no su aplicación. En el Caso A, la medicación (Concerta y Rubifén) fue retirada por su balance negativo. La familia afirma que “los efectos secundarios eran superiores a las mejoras”. Aunque el profesor afirma que cuando sí que tomaba medicación, la mayor dificultad que presenta, que es la escritura, se veía mejorada, así como el tiempo de atención eficaz, que aumentaba. En el Caso B sí que se está tomando actualmente medicación. El profesor considera que con la presencia de la medicación tiene “más capacidad para terminar actividades”, lo que nos muestra que el tiempo de atención eficaz se ve aumentado.

Al alumno A siempre se le manda la misma cantidad de ejercicios que al resto de alumnado y en el caso B, frecuentemente. La estimación de ambos profesores del tiempo que les lleva a los alumnos realizar las tareas escolares diariamente coincide con el tiempo real que se da, que son entre 30 y 60 minutos. Es positiva esta coincidencia porque podría ser fuente de conflicto/dificultades (puede darse que el

profesor-tutor mande tarea que estima que va a realizarse un determinado tiempo y que en realidad el alumno tenga que dedicar mucho más para poder llegar a alcanzar lo que se le pide). De todos modos, en el caso A, el tiempo de atención eficaz máxima que se da en actividades que le motivan es de 30-45 minutos, y en el caso B, de unos 60 minutos, y se le exigen unos 60 minutos diarios de trabajo en casa, lo que puede llevar al alumno a tener que realizar un esfuerzo diario realmente importante.

Ya hemos comentado en el caso del área de Conocimiento del Medio que la metodología por proyectos puede ser causa del aumento del tiempo de atención eficaz que presenta el alumnado en la misma. Tal y como queda reflejado en la Orden Foral 65/2012, el profesorado ha de propiciar la utilización de metodologías variadas que permitan mayor autonomía, participación y autorregulación del alumnado, entre las que se señalan el aprendizaje por proyectos, así como trabajos cooperativos o el empleo de las TIC. Pero si nos referimos a la metodología en general, observamos un dato que resulta llamativo: en el caso B, donde en conjunto, el trastorno se presenta más severamente, no se adaptan los sistemas de evaluación. Según la Orden Foral señalada, el profesor-tutor es el encargado de llevar un seguimiento sistemático del alumnado para detectar las necesidades de éste y para supervisar la atención educativa que recibe. De este modo, el profesorado debe tener en cuenta que en estos casos se precisan ajustes metodológicos, entre los que se contemplan las adaptaciones que faciliten al alumnado el acceso a los contenidos de las diversas áreas y también ajustes metodológicos en la evaluación. De todos modos, hubiera sido interesante poder acceder a los datos de los resultados académicos para poder realmente observar cómo queda reflejado en cada una de las áreas todo lo que aquí comentamos, pero por temas de confidencialidad no ha sido posible.

El caso B presenta una severidad del Trastorno moderada (de acuerdo a la escala que De la Gándara et al. (2006) propone: leve, moderado, grave). En consecuencia, encontramos que este alumno recibe apoyo dentro del horario lectivo tres horas semanales de manera individual, y fuera de este, una hora semanal dividida en dos sesiones de treinta minutos, de logopedia, debido a sus dificultades de expresión oral. En el caso A, no existen apoyos específicos fuera del aula ordinaria ni fuera del horario escolar.

Un elemento clave en la respuesta educativa es la formación específica del profesorado para trabajar con alumnado con TDAH. En uno de los casos, no ha existido ninguna, mientras que el otro sí ha tenido lugar, pero por los datos que tenemos, al menos uno de los dos cursos llevados a cabo tuvo lugar hace ya bastante tiempo. La formación específica no parece estar muy actualizada, cuando debe ser algo permanente (podría existir algún tipo de formación no sujeta a “cursos específicos”, que es por lo que únicamente se ha preguntado en los cuestionarios). Tal y como afirma Orjales (2009), la figura del profesor es importantísima para el alumnado con TDAH, por lo que cuanto más formado esté, mejor respuesta educativa podrá ofrecerle. Así mismo, la familia es primordial. Uno de los profesores-tutores encuestado, afirma que extrae de su experiencia que los alumnos con TDAH van muy unidos a familias con situaciones complicadas, donde no hay muchas normas y el niño no se ve apoyado al poder imponer sus condiciones. Con estas actitudes, que juzgan la situación familiar y no contemplan el TDAH como una dificultad en sí del alumno, con la que ellos pueden trabajar, a veces es complicado avanzar.

Las familias también han aportado información acerca de los hábitos que tienen fuera del horario lectivo. En el caso A, de un total de catorce hábitos específicos propuestos, la familia señala que trabaja con un 64.28% de ellos, y en el caso B, con un 50% de los hábitos, extraídos de la Guía para Padres de la FEAADAH.

2.3.2. *Propuesta de intervención*

- **Ámbito escolar**
 - Sería interesante experimentar la generalización de la metodología por proyectos en otras áreas, puesto que parece motivar a estos alumnos, aunque también puede influir la propia temática del área (extraemos esta conclusión del área de Conocimiento del Medio).
 - Puede ser importante indagar de una manera especial en los intereses del niño, que ayuden a preparar material que pueda motivarles en mayor medida. En consecuencia, el tiempo de atención eficaz se puede ver aumentado y con él, los resultados.

- Podrían revisarse, referido también a la metodología las adaptaciones que se llevan a cabo, teniendo en cuenta la evaluación que tiene lugar y sus consiguientes adaptaciones.
- Tanto en el Caso A como en el B, sería interesante tratar de aplicar las siguientes estrategias que expone el CREENA (2012), referidas a captar su atención:
 - Controlar el tiempo dedicado a actividades (pautas temporales, instrucciones paso a paso...).
 - Desarrollar periodos de concentración poco a poco cada vez más largos.
 - Ayudar a planificar su vida escolar (recordarle fechas importantes, ayudarle a supervisar sus cosas, a apuntar tareas...).
- Específicamente, en el caso B, serían interesantes las siguientes (CREENA, 2012):
 - Fomentar la actividad controlada, dirigida a manejar la hiperactividad.
 - Favorecer el autocontrol y premiar las acciones adecuadas, ignorando así mismo las inadecuadas, con el fin de manejar la impulsividad.
- Ámbito familiar
 - En el caso A:
 - Estudiar todos los días un tiempo más o menos similar, así como en un lugar determinado, ayudaría a establecer un hábito de estudio que sería favorable para estimular su motivación por aprender.
 - En el caso B:
 - Sería interesante que en el caso B se valorase la posibilidad de hacer ejercicio físico de manera regular. De acuerdo a la Guía de la FEAADAH, los niños con TDAH sienten una necesidad constante de mover su cuerpo. Lo ideal es escoger un deporte individual (natación, salto, lucha libre, tenis), ya que al alumno le

es más fácil concentrarse cuando tiene contacto directo con sus entrenadores. Eso sí, no hay que olvidar que no es buena idea exponer al niño a situaciones demasiado competitivas, puesto que pueden convertirse en una gran fuente de ansiedad y entorpecer su aprendizaje.

- También podría ayudarle a este alumno (caso B) involucrarse en alguna actividad de grupo, siempre considerando sus intereses y habilidades, puede ayudarle a su integración social.
- Para disminuir los comportamientos inadecuados, la familia del caso B puede aplicar la técnica de no prestarle atención ante conductas inadecuadas, ante lo que verá que su conducta no funciona.
- En ambos casos:
 - La técnica del aislamiento o del “tiempo fuera” pueden utilizarla para disminuir comportamientos inadecuados. Se trata de, inmediatamente de un comportamiento incorrecto, que pase unos minutos en algún espacio aburrido (como algún rincón) donde no pueda encontrar ninguna cosa divertida ni estimulante, eso sí, imponiéndolo no como algo negativo sino como una oportunidad para calmarse. En la Guía para padres de la FEAADAH exponen que esta técnica es preferible que se aplique después de una advertencia. Ante la negación por parte del niño de hacerlo, exponen que es correcto aumentar un minuto extra por cada minuto que no cumplan lo ordenado, advirtiéndole que si sale del aislamiento antes de que se le permita hacerlo, el tiempo empezará a contar de nuevo.
 - Pautar lo que se va a hacer a través de planes diarios por escrito, donde se señalan las obligaciones de toda la familia les puede ayudar a los niños a ser más organizados, marcando cada tarea que se realiza.

- Para lograr obediencia por parte de los niños, el sistema por puntos puede resultar muy adecuado. Se trata de un sistema por el cual el niño gana puntos/fichas cuando se porta bien y las pierde cuando se porta mal. Al final de cada semana, pueden plantearse premios en relación a los puntos acumulados.
- Por último, para conseguir también una buena organización por parte del niño, se pueden emplear alarmas para medir tiempos, ya que a menudo no saben administrarlo para hacer las cosas. Las alarmas pueden ser de gran ayuda para facilitar los cambios y las transiciones entre distintas actividades; pueden darse señales algunos minutos antes de que la actividad termine con el objetivo de que hagan el cambio más suave, dándole la oportunidad de irse haciendo a la idea de que pronto va a llegar la hora de hacer otra tarea.

CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS

La primera conclusión a la que se llega tras esta aproximación a la atención educativa del alumnado con TDAH tiene relación con la formación del profesorado, puesto que su papel es fundamental y su figura para el alumnado con TDAH es de gran importancia. Es necesario entender el trastorno para poder ofrecer una respuesta educativa adecuada. Existe una nueva legislación que por parte del Gobierno se debe divulgar para hacerla llegar a los profesionales del ámbito educativo y comprobar que se aplica. Con la legislación ya vigente, la respuesta educativa adaptada a cada alumno ha dejado de ser una decisión del tutor, para convertirse en un derecho del alumnado, lo que es necesario que conozcan.

Profundizando en las características del alumnado con TDAH, se podrían resaltar algunas conclusiones relacionadas con el tiempo de atención eficaz, los tratamientos multimodales y los métodos educativos más eficaces. Ya que, además de los síntomas nucleares, la comorbilidad es muy frecuente en niños y niñas que sufren TDAH. Este tema debe tenerse en cuenta a la hora de ofrecer la respuesta educativa. Tanto para el diagnóstico como para una respuesta educativa favorable, es necesario que todas las partes implicadas colaboren entre sí, sobre todo la familia y el profesorado, teniendo en cuenta también a los distintos especialistas médicos. Siguiendo todas las indicaciones que se han recogido en la primera parte de este trabajo, es recomendable seguir un modelo de tratamiento multidisciplinar, puesto que está demostrado que la combinación de distintos tratamientos resulta más favorable. El tratamiento farmacológico ayuda a conseguir resultados académicos más favorables, aunque debe estudiarse cada caso, como los que se plantean en el trabajo. Por ejemplo en el Caso A, la medicación fue retirada, puesto que el balance era negativo. El tratamiento psicológico ayuda al niño con TDAH a manejar su conducta, así como su autocontrol. Por su parte el tratamiento psicopedagógico, puede complementar el trabajo del profesorado, el que a su vez puede colaborar con el profesional de educación especial, psicólogo o pedagogo que conduce esta terapia, tomando pautas y técnicas para trabajar con el alumnado con TDAH. Aunque también existen otros tratamientos, de los que se pueden extraer distintas técnicas y estrategias derivables al aula ordinaria, de mano también de los profesores-tutores.

Tras la realización de la parte empírica del trabajo, se ha podido constatar que aún se debe trabajar por lograr una respuesta educativa conjunta más consensuada. Creo que se debería intentar un protocolo de actuación conjunta en el que Sanidad y Educación además vayan de la mano (no hay más que ver el mapa que se adjunta con la situación que tenemos con respecto al TDAH en nuestra península).

El tiempo de atención eficaz varía enormemente si hablamos de actividades que le motivan al alumnado o si éstas no le motivan. Por ello, para poder ofrecer al alumnado una respuesta educativa óptima, es importante detenerse a indagar cuáles son las inquietudes, intereses y motivaciones del niño. Así, si el área de Conocimiento del Medio suscita en un alumno gran interés, podremos emplear textos relacionados con la temática que le atraiga más para trabajar otros aspectos relacionados a su vez con áreas que en principio le resultan más costosas/difíciles.

La actitud de la familia y del profesorado para el alumnado con TDAH es un factor clave en su desarrollo; la actitud con la que trabajen va a determinar muchos aspectos del desarrollo del alumnado. La familia, por su parte, es el ejemplo para el niño; en la medida en que vea comportamientos correctos, donde existe control del temperamento y cortesía, se le estará proporcionando al niño un modelo positivo. Es comprensible que la autoestima y el estado emocional no va a ser el mismo si no se le anima y apoya en sus relaciones sociales, así como si no se le ofrece ánimo ante sus dificultades. Así, con la formación oportuna, y por consiguiente con un adecuado conocimiento del trastorno, podrán reaccionar y actuar ante la conducta del niño de manera adecuada (Orjales, 2009).

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Asociaciones

- FEAADAH
- Centro de Atención a la Diversidad Educativa (<http://www.centrocade.com/>)
- Fundación CADAH
- TDAH Y TÚ
- Asociación Padres AHIDA
- Proyecto PANDAH
- Comunidad TDAH
- Fundación ADANA

Navarra:

- CREENA
- Asociación ANDAR
- Asociación TDAH Sarasate
- Asociación ADHI

Guías para padres y profesorado:

- CREENA. ENTENDER Y ATENDER. Guía
- GUIA MINISTERIO DE SANIDAD. GUIA PRÁCTICA CLÍNICA
- FEAADAH
 - Guía padres
 - Guía de actuación en la escuela
- Guía ADANA
- Guía Gobierno Vasco
- Universidad de Navarra
- Manuales TDAHYTU (5)

Páginas Web

- <http://www.feaadah.org/es/> → Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH)
- http://www.adhi.asociacionespamplona.es/Home/H4QS29qxa73Y5NdgzEG2NXac7INWefC0_iDGAh7K4UFQ9u5vx0Y8cg → Asociación Navarra para el Tratamiento y el Estudio del Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad (Asociación ADHI) (incluida en la FEAADAH, entre muchas otras)
- <http://www.who.int/es/> → OMS, Organización Mundial de la Salud

- <http://creena.educacion.navarra.es/index.htm> → Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra. Departamento de Educación del Gobierno de Navarra

Libros/cuentos para niños con TDAH

- Colección “CUENTO CONTIGO”:
 - Para Edad/nivel: 5-13 años:
 - Floriano, C.S.; Giles, F.; Orjales, I.; Toro, R. (2008). *Mi mamá es erde, mi vecino naranja*. Madrid: CEPE.
 - Floriano, C.S.; Giles, F.; Orjales, I.; Toro, R. (2008). *Elena y el camino azul*. Madrid: CEPE.
 - Floriano, C.S.; Giles, F.; Orjales, I.; Toro, R. (2008). *Preparándome para ir de cumpleaños*. Madrid: CEPE.
 - Floriano, C.S.; Giles, F.; Orjales, I.; Toro, R. (2008). *La gymkana de emociones*. Madrid: CEPE.
 - Para Edad/nivel: 5-10 años:
 - Floriano, C.S.; Giles, F.; Orjales, I.; Toro, R. (2011). *Hacer amigos*. TEA.
 - Floriano, C.S.; Giles, F.; Orjales, I.; Toro, R. (2011). *Así no se juega*.
- Equipo creativo y científico de TCC Trébol Comunicación y Creación S.A. bajo la especial supervisión de la Dra. Mar Jiménez, Psiquiatra Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental de Getafe. (s.f.):
 - *Fosforete, un amigo muy especial*. [Disponible en (29/05/2013): <http://www.trastornohiperactividad.com/sites/default/files/cuentos/foforete/index.html>]
 - *Luna destaca en el colegio*. [Disponible en (29/05/2013): <http://www.trastornohiperactividad.com/sites/default/files/cuentos/luna/index.html>]
 - *Pincho se va de vacaciones*. Madrid: [Disponible en (29/05/2013): <http://www.trastornohiperactividad.com/sites/default/files/cuentos/pincho/index.html>]

-
- *Trasto, un campeón en la familia*. [Disponible en (29/05/2013): <http://www.trastornohiperactividad.com/sites/default/files/cuentos/trasto/index.html>]
 - Ferrero, M. (s.f.) *Teodora la dragona*. Este cuento busca editorial. [Disponible en (29/05/2013): http://misdahfavoritas.blogspot.com.es/2012/09/teodora-la-dragona-un-cuento-para-ninos_23.html]
 - NARRACIONES BREVES PARA HABLAR, LEER:
 Recomendados para nivel/edad: 6-10 años- 1º y 2º ciclo de EP.
 Serie HABÍA UNA VEZ:
 - Cantero, N.; Páez, A. (2008). *Había una vez... Una abeja*. Madrid: CEPE
 - Cantero, N.; Páez, A. (2008). *Había una vez... Una gatito*. Madrid: CEPE
 - Cantero, N.; Páez, A. (2010). *Había una vez... Una liebre*. Madrid: CEPE
 - Páez, A.; Cantero, N. (2008). *Había una vez... Una tortuga*. Madrid: CEPE
 - Páez, A.; Cantero, N. (2010). *Había una vez... Unos erizos*. Madrid: CEPE
 - Páez, A.; Cantero, N. (2010). *Había una vez... Un perrito*. Madrid: CEPE
 - Páez, A.; Cantero, N. (2010). *Había una vez... Un potro*. Madrid: CEPE

REFERENCIAS

- LEY ORGÁNICA 2/2006, de 3 de mayo, de EDUCACIÓN (LOE). (BOE 106, jueves, 4 de mayo de 2006).
- ORDEN FORAL 93/2008, de 13 de junio, del consejero de Educación, por la que se regula la atención a la diversidad en los centros educativos de los centros de Educación Infantil y Primaria, y Educación Secundaria de la Comunidad Foral de Navarra. (BON, 30 de julio de 2008).
- ORDEN FORAL 65/2012, DE 18 DE JUNIO, del consejero de Educación, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos de aprendizaje y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional de la Comunidad Foral de Navarra. (BON N.º 143 de 20 de julio de 2012).
- ADAGIgi, AHIDA, ANADAHI. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Educación, Universidades e Investigación. (2006). *Guía de actuación con el alumnado con TDAH-H: (déficit de atención con hiperactividad)*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia / Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- American Psychiatric Association. (2001) *DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guildford Press.
- Barkley, R. A. (2010) El TDAH como trastorno de las funciones ejecutivas: Aplicaciones para su manejo en el aula. *Conferencias TDAH en Cantabria, "EL MUNDO DEL T.D.A.H.", junio de 2010*. Asociación ACANPADAH.
- Brown, T.E. (2007). *Trastorno por Déficit de Atención: Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Casajús, A. Mº. (2009). *Didáctica escolar para alumnos con TDAH: (Trastorno de déficit de atención con hiperactividad)*. Barcelona: Horsori.

- CREENA. GOBIERNO DE NAVARRA. DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN. (2012). *Entender y atender al alumnado con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en las aulas*. → Recurso electrónico: guías para el profesorado. → CD-ROOM
- Crespo, N.; García, G.; Montenegro, C. (2010). La incidencia del déficit atencional en el desarrollo de algunas habilidades cognitivas y metalingüísticas. *Sintagma*, 5-20, 21. ISSN: 0214-9141.
- De la Gándara, J.; García, X.R.; Pozo de Castro, J.V. (2006). *Despistado, acelerado, inquieto. ¿Es hiperactivo?* Barcelona: Planeta Prácticos.
- FEAADAH (s.f.). *El niño con Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad: TDAH Guía Práctica para padres FEAADAH*: Murcia. [Disponible en (03/06/2013): <http://feaadah.org/es/sobre-el-tdah/mediateca.htm?lng=es&p=4>]
- FEAADAH (s.f.). Guía de actuación en la Escuela ante el alumno con tdah. Autor: Murcia. [Disponible en (03/06/2013): <http://feaadah.org/es/sobre-el-tdah/mediateca.htm?lng=es&p=4>]
- García, E. M.; Magaz, Á. (2003). *Mitos, errores y realidades sobre la hiperactividad*. Bilbao: Grupo ALBOR-Cohs. División Editorial.
- Kernberg, P. (2002). Trastornos de personalidad en niños y adolescentes. México: Manual Moderno.
- Kourakis, I.E.; Vlahonikolis, I.G.; Paritsis, N.K. (2002). Memory in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Revista Española de Neuropsicología*, 331-350, 4(4).
- Lavigne, R.; Romero, J.F. (2010). *El TDAH: ¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Psicología Pirámide.
- Loro, M.; Quintero J.; García, N.; Jiménez, B.; Pando, F.; Varela, P.; Campos, J.A.; Correas, J. (2009) Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *REV NEUROL*, 257-264, 49(5).
- Mena, B.; Nicolau, R.; Salat, L.; Tort, P.; Romero, B. (2006). *El alumnado con TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Guía Práctica para educadores*. ADANA FUNDACIÓ. 2ª Edición. Barcelona: Mayo.
- Mendoza, M. T. (2005). *¿Qué es el trastorno por Déficit de Atención? Una guía para padres y maestros*. Reimpresión 2008. Madrid: Trillas

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; (2010). Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18.
- Miranda, A. (coord.). (2011). *Manual práctico de TDAH*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Miranda, A.; Fernández, M.I.; García, R.; Roselló, B.; Colomer, C. (2011). Habilidades lingüísticas y ejecutivas en el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) y en las Dificultades de Comprensión Lectora (DCL). *Psicothema*, 688-694, 23 (4).
- Ochoa, E.; Magoz, A.; Villacieros, I.; Llama, P.; Sancho, J.L. (2010) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y consumo de sustancias: datos preliminares de seguimiento en una población de sujetos jóvenes. *Trastornos Adictivos*, 79-86, 12(2).
- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 71-84, 11 (1).
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 19-30, 3.
- Orjales, I. (2009), *Claves para afrontar la vida con un hijo con TDAH: "Mi cabeza... es como si tuviera mil pies"*. Madrid: Pirámide.
- Ruiz, E. (2012). TDAH, hacia una concienciación, implicación y abordaje común. [Disponible en (05/06/2013): <http://aosma.wordpress.com/2012/06/26/tdah-hacia-una-concienciacion-implicacion-y-abordaje-comun/>].
- Soutullo, C.; Chiclana, C. (2008). *TDAH. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica*. Pamplona: Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. [Disponible en (03/06/2013): http://anadahialava.files.wordpress.com/2010/12/guia_cun_tdah1.pdf].

- Tirapu, J.; Muñoz, J.M.; Pelegrín, C.; Albéniz, A. (2005). Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. *REV NEUROL*, 177-186, 41(3).

ANEXOS

- Anexo I. El entrenamiento autoinstruccional.
- Anexo II. Noticia sobre el TDAH.
- Anexo III. Cuestionario
- Anexo IV. Cuestionario

A. Anexo I.

El entrenamiento autoinstruccional. (Ideas extraídas del artículo de Orjales, 2007, p. 21-24).

Este tipo de entrenamiento ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. “Laura E. Berk comprobó que la interiorización del autohablarse, que normalmente se produce paulatinamente pero que se suele completar a los 10 años, se retrasa en los niños TDAH (Berk, 1991). Orjales (2007), de donde extraemos la mayor parte de información para este apartado, considera necesario señalar que la externalización del habla en los sujetos con TDAH puede constituir un mecanismo de adaptación necesario, “del mismo modo que Barkley entiende que las funciones ejecutivas, como acciones autodirigidas, no necesitan ser encubiertas para ser consideradas de naturaleza ejecutiva o consideradas un ejemplo de autorregulación. Por ello, considera que “tanto para la evaluación como para el diseño de programas de intervención deberíamos tener en cuenta no sólo la edad del niño y la existencia de verbalizaciones abiertas o externalizadas, sino el tipo de verbalizaciones, y especialmente, si cumplen una función ejecutiva”.

En un primer momento, una externalización del lenguaje puede ser muestra de necesidad, pero en segundo nivel, “es fruto de la necesidad unida al reconocimiento consciente de su utilidad como mecanismo de regulación”, de ayuda para realizar una tarea determinada.

En sus inicios, este tipo de tratamiento estaba basado de algún modo en reducir la conducta impulsiva, pero ha ido ampliando su objetivo para tratar también de modificar el procesamiento impulsivo de la información. Como consecuencia, encontramos un referente importantísimo: el Programa de mediación cognitivo o autoinstruccional de Meichenbaum, quien “formula la hipótesis de que el niño hiperactivo, debido a su impulsividad, no analiza la experiencia en término de mediación cognitiva ni formula ni internaliza reglas que puedan servirle de directrices ante nuevas situaciones de aprendizaje”. El programa “se componía de la combinación de modelamiento abierto y modelamiento encubierto”. Se incluía por primera vez la utilización de *autoinstrucciones* mediante las que se perseguía interrumpir la cadena de pensamientos incorrectos que el niño impulsivo elabora momentos antes de la

solución de un problema (prepotent responses) para sustituirlos por una secuencia de pensamientos útil para la solución de problemas. Fue diseñado para realizarse en cinco fases que reflejan el intento de pasar de mecanismos de control externo de la conducta al desarrollo de mecanismos de control interno o autocontrol: (1) Modelado cognitivo (el terapeuta modela en voz alta); (2) Guía externa (realiza la tarea modelada verbalizando dichas instrucciones en voz alta); (3) Auto-guía manifiesta (el niño ejecuta la tarea verbalizando en alto y para sí mismo las autoinstrucciones); (4) Auto-guía manifiesta atenuada (el niño trabaja susurrándose para sí mismo las autoinstrucciones), y; (5) Autoinstrucción encubierta (el niño utiliza su lenguaje interno para guiar en silencio su proceder).

También existen otras investigaciones que aplican programas de entrenamiento autoinstruccional, aunque con el modelado de estrategias diferentes, en donde el denominador común en todos los casos es que se incluye el entrenamiento con verbalizaciones en voz alta. En el presente documento, vamos a continuar centrándonos en el modelo de Meichenbaum, puesto que es en el que se basará la propia autora del artículo para realizar su aportación al mismo, y complementarlo.

Durante unos años, el tratamiento autoinstruccional se alzó como una panacea frente a otros programas de intervención conductual. El tratamiento autoinstruccional demostró ser efectivo en diversos aspectos (reducción de la impulsividad [Wiethorn y Kagen, 1979; Brown, 1980], aumento de la capacidad de planificación, concentración y razonamiento [Meichenbaum, 1976], mejora de habilidades sociales [Shure 1981] e incremento del rendimiento académico [Cameron y Robinson, 1980, Abikoff y Gittelman, 1983]. Sin embargo, algunos estudios no pudieron confirmar resultados tan positivos (Abikoff y Gittelman, 1985, entre otros). En años posteriores se trataron de superar las limitaciones de la terapia mediacional cognitiva con la combinación de otros elementos tanto cognitivos como conductuales (autoevaluación, autoregistro, entrenamiento en estrategias de exploración y solución de problemas cognitivos, sociales y académicos, role-playing, autorrefuerzo, autocastigo, coste de respuesta o timeout)". Ya en este momento, podemos decir que se "pretende que el niño desarrolle una forma de pensamiento reflexivo, tan poco acorde con su naturaleza impulsiva.

En este momento se considera que el problema de los niños con TDAH se centra en “la falta de autocontrol, de inhibición, de fracaso para guiar su conducta con instrucciones internas y de incapacidad para inhibir respuestas activadas, resistir la distracción y optimizar su funcionamiento ejecutivo”. Con todo esto, Orjales añadió unos dibujos de apoyo a los pasos 2, 3, 4, 5 y 6. Tras utilizar más de 10 años este esquema con muy buen balance, encontró algunas dificultades que le hicieron crear una instrucción que iba a situarse justo antes de la primera de dicho modelo: vio que los niños con TDAH no rastreaban visualmente de manera general lo que iban a hacer, por lo que no se situaban en la tarea de la manera más óptima; esta falta de análisis reducía en gran medida la comprensión de las instrucciones escritas tras una primera lectura del enunciado. De este modo, surgió la incorporación del primer paso que podemos observar en el cuadro adjunto.

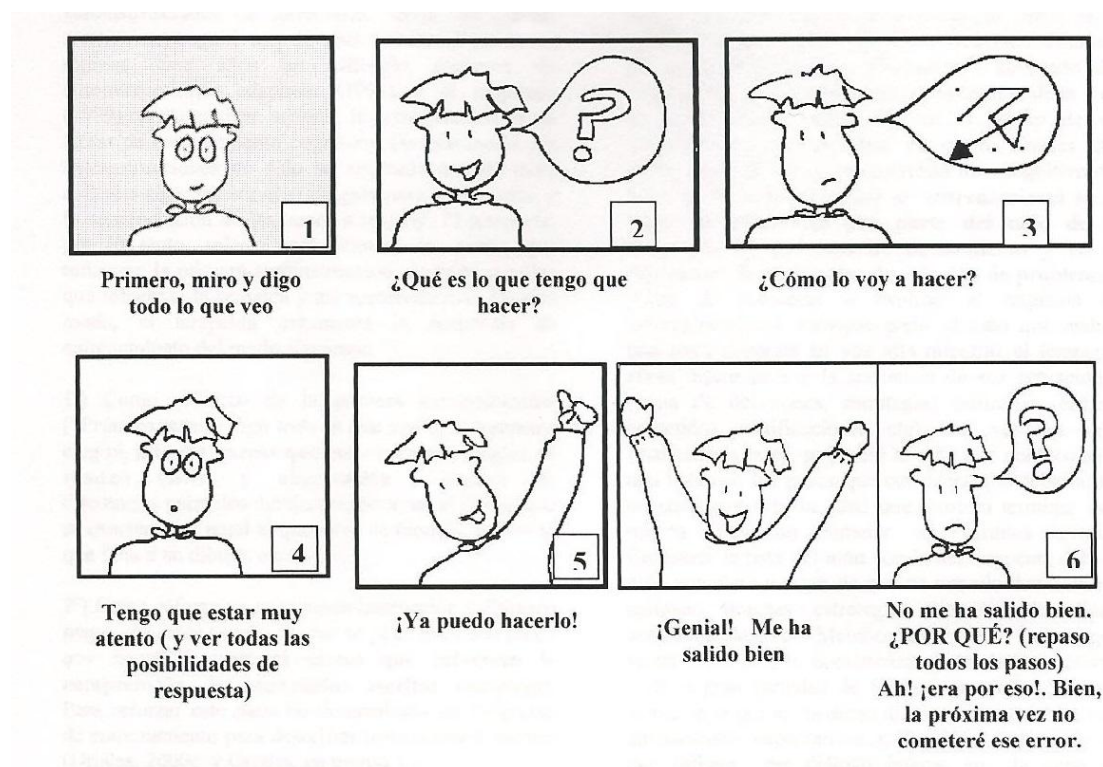


Figura 3. Esquema de Autoinstrucciones Adaptado de Meichenbaum (1971) por Orjales (1991, pasos 2 al 6) y Esquema de Autoinstrucciones Ampliado (Orjales, 1999, pasos del 1 al 6).

“La aplicación de este esquema ampliado seguirá las mismas fases descritas anteriormente aunque haciendo especial hincapié en la fase de modelamiento inicial”.

Todavía necesitamos evidencias científicas que prueben que los niños con TDAH pueden llegar a desarrollar con el tiempo, un estilo de procesamiento realmente reflexivo. Es una técnica útil pero tan sólo una pequeña parte del programa multidimensional que requiere el tratamiento. Parece especialmente indicado para el programa cognitivo de niños impulsivos entre los 6 y 12 años y muestra mayor eficacia en niños de 8-12 años.

A. Anexo 2

Melgarejo, S., (2013). El TDAH ya tiene un “Expert White Paper” europeo: España lidera la petición oficial a la OMS de un Día Mundial Dedicado al trastorno. *Redacción Médica*, 1957.

[Disponible en (29/05/2013)]: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/el-tdah-ya-tiene-un-expert-white-paper-europeo-2066>. Presentado en el marco del proyecto Pandah.

Lunes, 27 de mayo de 2013, a las 16:54.

Se ha presentado en Madrid el *Expert White Paper* europeo sobre (TDAH), un documento que proporciona a los políticos nacionales y europeos recomendaciones para mejorar el diagnóstico precoz y medidas de apoyo para los afectados y sus familias. Según Fulgencio Madrid, presidente de la FEAADAH “no es casualidad que España sea el primer país en el que el libro blanco se presenta traducido”, ya que aquí se está desarrollando el Plan de Acción en TDAH (Pandah), “una iniciativa que busca sensibilizar a todos los estamentos para intentar incluir en la agenda política el TDAH”. Además, desde España se está liderando la petición oficial a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de un Día Mundial del TDAH. Se espera que el *Expert White Paper* sea presentado en el Parlamento Europeo en noviembre

Susan Young, profesora titular de Psicología Clínica Forense en el Instituto de Psiquiatría del King’s College Londres y una de las autoras del libro, ha detallado las cinco recomendaciones que recoge el documento: aumentar la concienciación acerca del TDAH; mejorar el acceso a un diagnóstico exacto y precoz, a través de la introducción de programas de identificación precoz e intervención en diferentes áreas (educativa, sanitaria, judicial y laboral); mejorar el acceso al tratamiento y desarrollar un abordaje multidisciplinar de apoyo y cuidados centrado en el paciente; implicar y apoyar a las asociaciones de pacientes; e impulsar programas de investigación centrados también en el paciente. En opinión de esta especialista, el título del libro, *TDAH: hacer visible lo invisible*, es “muy apropiado, ya que sólo se podrá hacer visible lo invisible a través de estas acciones”.

Por su parte, Javier Quintero, jefe de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor de Madrid, ha afirmado que “si se pusieran en práctica medidas de detección precoz, se reduciría muchísimo el impacto del TDAH”. En este sentido, el *paper* dedica un capítulo al impacto, costes y resultados a largo plazo del TDAH. Por ejemplo, Quintero ha identificado el fracaso escolar y el consumo de drogas en la adolescencia como los dos mayores riesgos asociados al trastorno. “El diagnóstico del TDAH es una oportunidad para corregir las dificultades y los riesgos que supone el trastorno para los niños y las familias”, ha destacado.

A. Anexo III

PROFESORADO

- a. ¿Qué formación específica ha recibido para trabajar con alumnos con TDAH?
- Título del curso(s) y horas
- _____
- _____
- _____
- b. ¿En qué tiene adaptaciones este alumnado/a? (marque en caso afirmativo en lo que corresponda):
- a. Objetivos
 - b. Contenidos
 - c. Criterios de evaluación
 - d. Metodología
- c. ¿Qué apoyo recibe en el centro fuera del aula ordinaria-grupo?
- d. Marque ¿En qué áreas presenta más dificultades? ¿En cuáles menos?
- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| a. Lengua Castellana | a. Lengua Castellana |
| i. Lectura | i. Lectura |
| ii. Escritura | ii. Escritura |
| b. Matemáticas | b. Matemáticas |
| c. Euskera | c. Euskera |
| d. Música | d. Música |
| e. Inglés | e. Inglés |
| f. Conocimiento del Medio | f. Conocimiento del Medio |
| g. Religión | g. Religión |
| h. Plástica | h. Plástica |
- e. Determina una aproximación del tiempo de atención eficaz en cada una de ellas
(10 min - 15 min - 30 min - 45 min ó más).
- a. Lengua Castellana
 - b. Matemáticas
 - c. Euskera
 - d. Música
 - e. Inglés
 - f. Conocimiento del Medio
 - g. Plástica
- f. ¿Le manda la misma cantidad de ejercicios que al resto de alumnado? Marque la frecuencia (1) nunca, 2 (a veces), 3 (frecuentemente), 4 (siempre, casi siempre)

g. Realice una estimación del tiempo que necesita el alumno diariamente para realizar las tareas en casa. (15 min – 30 min – 1 hora – más de 1 hora)

h. Marque las estrategias que se emplean para :

a. captar su atención:

- Crear un entorno físico y ambiente estructurado (normas, rutinas...)
- Organizar las tareas a realizar y materiales a utilizar
- Asegurarse de que ha entendido las actividades
- Controlar el tiempo dedicado a actividades (pausas temporales, instrucciones paso a paso...)
- Desarrollar periodos de concentración cada vez más largos
- Ayudar a planificar su vida escolar (recordarle fechas importantes, ayudarle a supervisar sus cosas, a apuntar tareas...)
- Aumentar su motivación y capacidad de esfuerzo (actividades variadas, en grupo, realizar refuerzos ante conductas deseadas...)

b. manejar la hiperactividad:

- Controlar la inquietud y el exceso de movimientos inapropiados
- Fomentar la actividad controlada
- Controlar los estímulos

c. manejar la impulsividad:

- Definir las normas del aula, personales...
- Favorecer el autocontrol
- Premiar las acciones adecuadas e ignorar las inadecuadas
- Aumentar su capacidad de reflexión (que sea consciente de sus actos y sus consecuencias, analizar errores...)

d. Otras:

i. ¿Tiene conductas agresivas?

j. ¿En qué áreas se perciben diferencias si se toma o no la medicación?

k. Valore su opinión sobre cómo tiene el autoestima el niño con TDAH.

Baja 1 2 3 4 Alta

l. Valora su relación con:

- | | | | | | | |
|--------------------------|------|---|---|---|---|-------|
| a. El grupo de iguales | Mala | 1 | 2 | 3 | 4 | Buena |
| b. Adultos y profesorado | | 1 | 2 | 3 | 4 | |

*Puede añadir cualquier otro dato que considere relevante aquí:

A. Anexo IV

FAMILIAS

- a. ¿Quién os ha facilitado formación/información sobre el TDAH?
 - a. Personal médico
 - b. Personal del ámbito educativo
- b. ¿Recibe apoyo fuera del centro escolar? ¿Con qué frecuencia?
- c. Valore si considera que tiene alto (4) o bajo (1) autoestima el niño/a con TDAH.
1 2 3 4
- d. ¿Toma medicación? En caso de negación, ¿por qué?
- e. ¿Cómo se trabaja su autoconocimiento?
- f. ¿Cuánto tiempo emplea diariamente el alumno a realizar las tareas?
(15 min – 30 min – 1 hora – más de 1 hora)
- g. ¿Las hace solo/a o precisa de compañía/apoyo?
 - a. Se organiza y lo lleva a cabo
 - b. Necesita apoyo para organizarse pero luego lo ejecuta solo/a.
 - c. Necesita supervisión para hacerlo.
 - d. Necesita indicadores para planificar y para realizar las tareas
 - e. Hacemos todo con él/ella.
- h. ¿Qué tiempo aproximado de atención eficaz presenta?
 - a. En actividades que le motivan →
 - b. En actividades que no le motivan →
- i. Valora su relación entre (Baja 1 - 4 Alta) con:
 - a. Otros niños
 - b. Su familia
 - Adultos
 - No adultos

j. Marque los hábitos que tiene fuera del horario escolar:

- a. Hace ejercicio al menos 3 días por semana
- b. Se le involucra de algún modo en alguna actividad de grupo
- c. Reforzar sus aspectos positivos
- d. Refuerzo positivo: cuando hace algo bien se lo resaltamos
- e. La condición positiva (ejemplo: si quieres salir de casa, primero tienes que hacer los deberes")
- f. No prestarle atención cuando algo no es adecuado
- g. Aislamiento o técnica del "tiempo fuera" (tras un comportamiento incorrecto, va a un rincón o sitio aburrido sin estímulos para calmarse)
- h. Estudia todos los días al menos media hora.
- i. Pautamos lo qué vamos a hacer a través de planes diarios por escrito, donde se señalan las obligaciones de toda la familia.
- j. Descansamos cada cierto tiempo entre las actividades.
- k. Sistema de puntos (sistema de premios por el que obtiene puntos con actitudes positivas y pierde con negativas)
- l. Rutinas (se mantienen horarios estables):
 - i. De lunes a viernes.
 - ii. También el fin de semana.
- m. Alarmas para medir tiempos
- n. Agenda personal donde anotar distintas tareas que debe realizar (tanto en casa como en el colegio)

*Puede añadir cualquier otro dato que considere relevante aquí: